

UNIDAD 094 D.F. CENTRO

**PRUEBA DEL EFECTO DEL CONOCIMIENTO DE LAS CONSECUENCIAS
DE LAS DROGAS EN LA DISPOSICIÓN A SU CONSUMO COMO MEDIDA
DE PREVENCIÓN EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA

PRESENTA:

ALEJANDRA CRUZ TIRADO

ASESOR:

LIC. JORGE MÁRQUEZ LOZORNIO

MÉXICO D.F.

2012

México, D.F., a 19 de enero de 2012.

**PROFRA. ALEJANDRA CRUZ TIRADO.
P R E S E N T E**

EN MI CALIDAD DE PRESIDENTA DE LA COMISIÓN DE TITULACIÓN DE
ESTA UNIDAD Y COMO RESULTADO DEL ANÁLISIS REALIZADO A SU
TRABAJO TITULADO:

**“PRUEBA DEL EFECTO DEL CONOCIMIENTO DE LAS CONSECUENCIAS
DE LAS DROGAS EN LA DISPOSICIÓN A SU CONSUMO COMO MEDIDA
DE PREVENCIÓN EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA”**

OPCIÓN: TESIS

A PROPUESTA DEL ASESOR PROFR. JORGE MÁRQUEZ LOZORNIO
MANIFIESTO A USTED QUE REÚNE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS
ESTABLECIDOS AL RESPECTO POR LA INSTITUCIÓN.

POR LO ANTERIOR SE DICTAMINA FAVORABLEMENTE SU TRABAJO Y SE
LE AUTORIZA A PRESENTAR SU EXAMEN PROFESIONAL, DE LA
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA.

**ATENTAMENTE
“EDUCAR PARA TRANSFORMAR”**



**MTRA. MARICRUZ GUZMÁN CHIÑAS
DIRECTORA**



**S. E. P.
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL
UNIDAD 094
D. F. CENTRO**

*MGCH/JSR*fsf*

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	9
a) Problematización	9
b) Hipótesis de Investigación	18
c) Preguntas de Investigación	18
d) Objetivos	19
e) Justificación	19
f) Metodología	21
g) Contextualización	28
CAPITULO I. LA PSICOLOGÍA Y SUS CONCEPCIONES	31
1.1 Distintas concepciones de la psicología	31
1.1.1 Psicología Interconductual	34
1.1.2 Componentes del segmento interconductual	40
1.1.3 El papel de las emociones en el estado de salud: un ejemplo de las diferencias entre las concepciones tradicionales de la psicología y la concepción interconductual	42
CAPITULO II. DEPENDENCIA AL CONSUMO DE DROGAS: MARIGUANA, INHALABLES, COCAÍNA Y ANFETAMINAS	55
2.1 Las drogas	55
2.1.1 La diferencia entre el `uso`, `hábito`, `abuso` y `dependencia` de drogas	57
2.1.2 La `dependencia` a las drogas y el Síndrome de Abstinencia	58
2.2.1 Drogas del tipo de la cannabis	67
2.2.2 Inhalantes	70
2.2.3 Cocaína	72
2.2.4 Anfetaminas	76
2.3 Factores asociados con el consumo de drogas	78
2.3.1 Factores individuales asociados con el consumo de drogas	79
2.3.2 Factores microsociales asociados con el consumo de drogas	82
2.3.3 Factores macrosociales asociados con el consumo de drogas	84
CAPITULO III. LA DISPOSICIÓN AL CONSUMO DE DROGAS	87
3.1 Disposición al consumo de drogas en adolescentes estudiantes de secundaria	87

3.2	Errores acerca de los conceptos mentales _____	87
3.3	Término 'disposicional' _____	90
3.3.1	Clases de términos disposicionales _____	93
3.3.2	Disposición al consumo de drogas _____	94
CAPITULO IV. LA PREVENCIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA PSICOLÓGICO _____		97
4.1	Prevención del consumo de drogas en adolescentes estudiantes de secundaria _____	97
4.2	La salud: dimensión medicobiológica, sociocultural y psicológica _____	98
4.3	Modelo psicológico de la salud _____	100
4.3.1	La historia interactiva del individuo _____	103
4.3.2	Las competencias funcionales al interactuar con una situación general determinada _____	103
4.3.3	La modulación de los estados biológicos del organismo por parte de las contingencias ambientales que definen una situación _____	104
4.4	La dimensión psicológica de la prevención _____	105
4.5	Dimensión psicológica de la prevención desde el punto de vista médico-asistencial _____	108
4.5.1	Primer nivel de prevención: primario _____	108
4.5.2	Segundo nivel de prevención: secundario _____	109
4.5.3	Tercer nivel de prevención: terciario _____	110
4.6	El papel de la escuela formal en la prevención del consumo de drogas _____	111
4.7	La psicología educativa en la prevención del consumo de drogas _____	114
CAPITULO V. RESULTADOS _____		117
CONCLUSIONES _____		124
REFERENCIAS _____		130
ANEXOS _____		137

Agradecimientos

A Dios:

Por darme la oportunidad de formar parte de una familia maravillosa que siempre me ha brindado su apoyo y por permitirme conocer a todas aquellas personitas con las cuales he compartido y aprendido en diferentes etapas de mi vida.

A mis padres:

Por darme la oportunidad de existir y sobre todo por estar a mi lado en cada paso que doy. Por demostrarme con su esfuerzo y dedicación que me aman. Por brindarme el apoyo necesario para lograr una de las metas que más me ilusiona en la vida, el concluir una licenciatura.

Papá:

Porque eres el mejor ejemplo de compromiso, dedicación y esfuerzo, gracias a ti comprendí que debía persistir para lograr mi meta.

Mamá:

Por tu escucha y comprensión, siempre estás para compartir mis momentos de felicidad, así como para consolarme y ayudarme a superar esos momentos en los que siento que todo se viene abajo.

Celi, Alon y Kevin:

Por compartir momentos inolvidables de alegría y ternurita, por motivarme recordando que soy capaz de lograr las metas que me propongo.

Oscar Frejo:

Porque de una manera muy especial y mágica, me acompañaste en el proceso, apoyándome incondicionalmente a concluir este ciclo.

Jorge Márquez:

Por compartirme ese valioso conocimiento, por creer en mi capacidad, por guiarme y hacer ligero, interesante, divertido y apasionante este proceso. Eres la persona más coherente que he conocido en mi vida, te admiro y te respeto, simplemente eres increíble. Has marcado mi vida y estoy segura que estarás presente en cada uno de mis logros profesionales.

Jovanne, Viry, Klaus, Fabby, Ruth y Danyel :

Por su incondicional amistad, cada uno deja en mí un recuerdo especial de alegría.

Mira, María de Jesús de la Riva y Mira, Maricruz Guzmán:

Por su valioso tiempo al compartir su conocimiento y sugerir opciones para mejor mi trabajo.

INTRODUCCIÓN

En México el consumo de drogas constituye uno de los principales problemas de salud pública. Hay estudios recientes que indican que la edad de inicio en el consumo es cada vez menor, hay un aumento en la disponibilidad de drogas lícitas e ilícitas, y la facilidad para conseguir las sustancias es cada vez mayor en la población estudiantil. También ha sido demostrado que cuanto más precoz es el inicio del uso de drogas, más probable es que se continúe su uso y también que se asocie con la presencia de más problemas en cualquier ámbito de la vida del consumidor.

Siguiendo a Arriola (2008), los jóvenes de 12 a 17 años representan la parte más vulnerable de la ampliación de los mercados de las drogas, por ello en esta investigación es la población a estudiar. De acuerdo con Ribes (2008) se puede suponer que esta población aún no ha desarrollado las competencias necesarias para rechazar la oferta de ese tipo de sustancias, y además tampoco cuenta con las conductas efectivas que le permitan prevenir problemas de salud como el del consumo de drogas.

En la actualidad resulta casi imposible combatir la venta de drogas, no se puede impedir que el mercado siga su curso, y que las drogas no lleguen a los adolescentes y a la población en general. Por lo tanto se ha acordado que una de las maneras de combatir el problema es a través de medidas preventivas.

Para fines de esta investigación se decidió realizar la prevención teniendo como estrategia la información sobre las consecuencias de las drogas, en específico de la marihuana, inhalables, cocaína y anfetaminas, las cuales presentan mayores índices de consumo en adolescentes. Como un gran número de programas de prevención se han hecho basados fundamentalmente en la estrategia informativa, en esta investigación se decidió utilizarla para probar su efectividad, además se consideró que podía dar resultados satisfactorios en poco tiempo. Ribes (2008) explica que la disponibilidad de información constituye una capacidad instrumental de prevención.

La investigación es de tipo experimental y la teoría en la que se sustenta es la Psicología Interconductual. En el primer apartado denominado Diseño de Investigación se describe el problema a estudiar, las características generales

de la población, la hipótesis de investigación, las preguntas, los objetivos y por último la metodología. En este apartado se detallan aspectos como el tipo de investigación, que como ya se mencionó es el experimental, también se describe el desarrollo práctico de la investigación.

En el Capítulo I se describen los fundamentos de la Psicología Interconductual, ya que esa teoría psicológica será el sustento de la investigación y un elemento indispensable para el análisis.

El Capítulo II aborda el tema específico de las drogas, se describen los conceptos clave para la comprensión de la dependencia, se explican las principales características de los cuatro tipos de droga seleccionados, así como algunos de los factores que propician el consumo. Es importante mencionar que para el Capítulo I y II se tuvo que realizar la redacción y análisis basándose en elementos de la Psicología Interconductual, ya que no tendría caso describir elementos aislados, sin coherencia.

En el Capítulo III se realizó la descripción del concepto de disposición al que se hará referencia específicamente para esta investigación, así como su relación con el consumo de drogas para el desarrollo de un programa preventivo a partir de esos elementos.

En el Capítulo IV se describe y fundamenta qué es la prevención, los tres niveles de intervención y su aplicación en programas relacionados con el consumo de drogas. Es fundamental mencionar que la prevención se describe desde el ámbito psicológico, por supuesto sin dejar de hacer referencia a la Psicología Interconductual.

En el apartado de Resultados se describe lo obtenido en la intervención después del análisis y comparación del pretest y posttest, así se explica si la hipótesis de investigación es confirmada o refutada.

En el apartado de conclusiones se confirman los resultados y se proponen sugerencias para próximas investigaciones basadas en la estrategia informativa. Con los resultados obtenidos se concluye que la hipótesis acerca del cambio en disposición a partir de la información sobre consecuencias es refutada. La información genera cambios en el conocimiento del alumno pero no hay cambio significativo en disposición. Por lo tanto se propone realizar

intervenciones integrales en las que se tomen en cuenta otros factores implicados en el problema de consumo de drogas.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

a) Problematización

El problema de la droga es una realidad tan antigua como la humanidad misma, aún en la actualidad los programas de prevención no han sido suficientes para dar una solución, ni tampoco la guerra que los poderes establecidos han declarado al tan complejo y gran negocio de la droga han sido suficientes para acabar con él. Por lo tanto, como resultado del consumo de los distintos tipos de drogas se siguen produciendo consecuencias negativas en distintos ámbitos de la vida, por ejemplo: en salud, economía, estabilidad emocional, rendimiento académico y laboral, etc.

El consumo de drogas aún es frecuente porque se tienen una serie de creencias equívocas acerca de los efectos que producen, por ejemplo: se cree que aumentan el rendimiento físico, producen mayor felicidad, la capacidad intelectual es mayor, la atención y concentración aumentan, con ellas es más fácil ser aceptado por los otros, en el momento que lo decidan se pueden dejar de consumir sin dificultad, no hay consecuencia alguna en la salud (entendida esta desde el ámbito biomédico, social y psicológico), etc.

Esas creencias se deben a la falta de información científica y a una serie de prácticas que se han venido reforzando con algunas costumbres antiguas. Por ejemplo Moradillo (2001) menciona que se ha promovido cotidianamente el consumo de drogas como una práctica religiosa, de socialización, lúdica, de mayor rendimiento físico e intelectual, entre otras:

...el hombre a lo largo de la historia ha utilizado las drogas como un instrumento para contactar con la divinidad, mejorar el rendimiento físico, como elemento lúdico o placentero, agente curativo; para evadirse de la realidad o simplemente pretender superar o soslayar un problema. (p.7)

De acuerdo a lo descrito hasta el momento se puede suponer que la información científica acerca de las drogas influye en la frecuencia de su uso, sin embargo, hay que delimitar el tipo de información que para esta investigación interesa. De acuerdo con las características de la población a trabajar (adolescentes) se decidió investigar si la información sobre las

consecuencias del uso de drogas reduce la disposición a su consumo. Esto se decide a partir de la revisión general de textos y estadísticas que revelan la importancia de atender este problema en adolescentes, ya que la adolescencia se revela como la edad en que se inicia el consumo y la que aumenta la probabilidad de continuar el consumo hasta la edad adulta. El inicio en el consumo a esa edad revela que en un futuro inmediato habrá una mayor población a atender respecto a las consecuencias de salud que les producirá.

Por lo tanto en la actualidad uno de los tantos problemas que aquejan a los adolescentes y a la sociedad en general es el de la drogadicción. Las drogas forman parte del entramado de consumo, en lo que se denomina <<uso consumista>> promovido por las modas, la publicidad y el estilo de vida. La persona tiende a seleccionar una de las diferentes modalidades de consumo que van desde la abstinencia, el consumo moderado, no moderado, el compulsivo, o el uso de forma responsable, modalidades que variarán según las circunstancias geográficas, personales, familiares, sociales, laborales, culturales y educativas.

Se sabe que las personas tienen la capacidad de elegir libremente lo que desean consumir y hacerse cargo de las consecuencias, dicho en otros términos: asumir la responsabilidad de la opción tomada. Sin embargo en las teorías de desarrollo se establece que para esa toma de decisiones responsables se requiere de cierta madurez, biológica y psicosocial, que en la adolescencia aún no se ha logrado. Por ello, es necesario orientar a los adolescentes proporcionándoles la información comprobada científicamente y realizarlo lo más claro posible, sin especulaciones.

En nuestro país, el consumo de drogas constituye uno de los principales problemas de salud pública. Los estudios recientes refieren tendencias que apuntan hacia dos vertientes: por un lado, se observa que la edad de inicio en el consumo es cada vez menor; por otro, se registra un aumento en la disponibilidad de drogas lícitas como la venta de cigarrillos y la obtención de bebidas alcohólicas, incluso adulteradas; así como en la facilidad de conseguir drogas ilícitas entre la población estudiantil. También se ha demostrado que cuanto más precoz es el inicio del uso de drogas, más probable es que se

continúe su uso a lo largo de la vida y también que se asocie con la presencia de más problemas.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones 2008, en sólo seis años creció 50 por ciento el número de personas adictas a las drogas ilegales y en 30 por ciento la cifra de quienes alguna vez las han consumido.

Es preocupante la alta disponibilidad de las drogas para los adolescentes. Hasta 43 por ciento de los jóvenes de entre 12 y 25 años de edad está expuesto a ellas. De éstos, la mitad llega a consumir la sustancia de manera experimental, 13 por ciento pasa al uso frecuente y 2 por ciento de los hombres y 1.2 por ciento de las mujeres llegan a niveles de dependencia. (Arriola, 2008. Artículo de: La crónica de hoy)

Los jóvenes de 12 a 17 años representan la parte más vulnerable de la ampliación de los mercados de estimulantes en general (desde el cigarro hasta las metanfetaminas). En los últimos 10 años se ha incrementado la cantidad de adictos en general, y de adictos a drogas químicas en particular. Los adolescentes, al vivir una etapa de crisis y al tratar de evadir los problemas, buscan salidas fáciles o formas de olvidarlos, por ejemplo, por medio del alcohol y las drogas.

En la actualidad se continúan usando drogas en proporciones alarmantes, constituyendo una importante amenaza para su salud y bienestar. Muchas veces las adicciones surgen por problemas dentro de la familia (incomprensión, falta de comunicación, golpes, maltrato, rechazo, abandono, falta de recursos económicos, dificultades escolares, etcétera), al sentir que no son queridos en los hogares, los adolescentes tienen la impresión de no ser escuchados o tomados en cuenta, y caen en un error al tratar de solucionar los conflictos por medio de las drogas, creyendo que sólo van a ingerir una vez la sustancia, pero en realidad se genera la costumbre o la adicción.

La adicción ocasiona que los problemas familiares aumenten, ya que la dependencia a la droga suele ser más compleja y al no querer o no poder dejarla optan por abandonar el hogar, convirtiéndose en niños de la calle, en la que se exponen a riesgos de gran magnitud como contraer enfermedades, ser golpeados, soportar abusos, explotación, hambre y abandono.

Es evidente que resulta casi imposible combatir la venta de drogas, es decir, no podemos impedir que el mercado siga su curso, y que las drogas no lleguen a los adolescentes y a la sociedad en general. Por lo que es importante empezar a considerar la ampliación y promoción de medidas preventivas con el fin de disminuir el riesgo ante el consumo de drogas.

Como se mencionó en líneas anteriores, uno de los aspectos más preocupante que se reveló en la Encuesta Nacional de Adicciones, ENA 2008, fue la alta disponibilidad de las drogas para los adolescentes. Tal parece que lo que queda es promover una cultura para la prevención, hay que informar sobre las consecuencias del uso de las drogas a corto y largo plazo, formar valores y actitudes que les permita tomar conciencia sobre las consecuencias que les puede traer la decisión de consumirlas, y de esta manera promover el rechazo ante la oferta.

Una de las mejores vías con las que se cuenta para combatir el problema de la adicción en los jóvenes es la educación, la cual debe de ser un compromiso compartido entre la sociedad y el Estado. Así mismo, la educación en las escuelas en materia de drogas tiene enormes posibilidades preventivas, para sensibilizarlos de los beneficios que tiene una vida sana y libre de adicciones. La escuela no sólo tiene que transmitir contenidos, debe promover un desarrollo integral de la persona.

En el ámbito educativo es común la preocupación y análisis de los procesos de enseñanza y aprendizaje, lo importante ha sido que los profesores enseñen los contenidos establecidos en el currículum y que los alumnos aprendan los mismos. Desde perspectiva de esta investigación uno de los tantos problemas por los que los alumnos no logran aprender lo que se les esta pidiendo institucionalmente, es porque no se han tomado en cuenta sus necesidades ni las circunstancias específicas en que vive cada uno de ellos fuera de la escuela. Se ha pensado en un alumno ideal, se ha creído que todos los sujetos se encuentran en las mismas circunstancias y que por lo tanto deben aprender de la misma manera. Ese ha sido el gran error, ya que se ha querido hacer una educación homogeneizadora.

El reto durante mucho tiempo ha sido buscar la manera en como el profesor puede contribuir con su acción educativa a que los alumnos aprendan más y mejor, sin embargo, siguen existiendo muchos problemas a los cuales ni la institución, ni los profesores, ni los padres de familia han podido dar solución. Entre ellos se encuentra el del consumo de algún tipo de droga por parte de los alumnos.

La literatura sobre el inicio del consumo de drogas destaca que la prueba de dichas sustancias ocurre normalmente durante la adolescencia (Botvin, Baker, Dusembury, Tortu y Botvin, 1990; Botvin y Botvin, 1992; García-Señorán, 1994), como resultado de múltiples experiencias ocurridas desde el nacimiento, y depende de la combinación de múltiples factores (Citado por González, 1996). El consumo de drogas en adolescentes es el resultado de la interacción de factores individuales y sociales, entre otros.

El consumo de drogas por los adolescentes constituye en la actualidad un problema de salud pública debido al elevado consumo de algunas sustancias y al creciente aumento de otras. Es importante enfocar el consumo de drogas, como un problema mucho más amplio, como son las conductas de riesgo que ponen la salud del individuo en dificultades a corto y a largo plazo. Las drogas han sido asociadas a la mortalidad sufrida por jóvenes en accidentes, conducta suicida, violencia, conducta sexual de riesgo, caídas y ahogos, etc.

Durante la adolescencia es necesario tener presente los comportamientos de riesgo a los que se exponen los adolescentes, así como los factores de riesgo de consumo de drogas, y considerar que es un fenómeno complejo y multifactorial.

El consumo de drogas representa un complejo mecanismo por medio del cual el adolescente busca compensar alguna carencia, capacidad o necesidad. Del mismo modo puede ser un vehículo para experimentar sensaciones nuevas, una manera de pertenecer a un grupo, de manifestar rebeldía, de estimularse para poder preparar los exámenes escolares o simplemente combatir el ocio.

El consumo de drogas en la adolescencia es realmente peligroso para la mayoría de los casos, porque consumir drogas es como subirse a un tobogán que va cobrando mucha fuerza, hasta que el individuo ya no pueda parar. Este

tobogán se inicia con el uso, se sigue con el hábito, se continúa en el abuso y se termina en la adicción.

De acuerdo con las características de la etapa adolescente, algunos sujetos son proclives al exceso, les gusta enfrentar retos, aventurarse, enfrentar el peligro, lo quieren probar todo, conocer todo y arriesgarse en exceso. Si se coloca ante las realidades que debe enfrentar el adolescente y le suma la estresante tarea de asimilar los cambios propios de su crecimiento, tanto corporales como psicosociales, se hace aún más claro comprender por qué son una población de alto riesgo.

Siguiendo a González (1996), algunos de los principales factores característicos que originan el consumo de drogas y que se describirán con mayor precisión durante la investigación (en específico el referente a la información) son los siguientes:

Tabla 1. Factores característicos que originan el consumo de drogas

Individuales	Edad		
	Sexo		
	Rasgos de personalidad	Búsqueda de sensaciones	
		Alto nivel de inseguridad	
		Locus de control externo	
		Rebeldía	
Baja tolerancia a la frustración			
Cognitivos y oréticos	Conocimientos	Las personas más conscientes de los efectos dañinos de las drogas son menos tolerantes con el uso de sustancias y es menos probable que desarrollen la adicción. Los conocimientos sobre	

			los daños ocasionados por las drogas jugarán un papel poco significativo en el adolescente, si posee un bajo autoconcepto y siente la necesidad de usar drogas para realzar su posición en el grupo
		Creencias	Los jóvenes creen que pueden controlar dicho comportamiento y abandonarlo en el momento que lo deseen.
		Actitudes	Existe un estrecho vínculo entre las actitudes hacia las drogas y su consumo
		Expectativas	En la medida en que las expectativas son más positivas y el individuo espera conseguir resultados más satisfactorios puede observarse un mayor consumo.
	Comportamentales	Grado de implicación en diversos problemas conductuales así como en conductas desaprobadas socialmente.	
	Nivel Microsocial	Influencias parentales	
		Influencias de los hermanos	
		Influencias de los compañeros-amigos	
		Factores escolares	Características de la

Sociales			escuela
			Insatisfacción escolar
			Nivel bajo de compromiso con las actividades académicas
			Alto nivel de absentismo escolar
			Peor ejecución académica
	Nivel Macrosocial	Influencia de los medios de comunicación	
			Contexto social (estilos de vida que una población posee, influencia de los modelos sociales)
			Oferta y disponibilidad de las sustancias

Fuente: Elaboración propia con base en González (1996).

Cuando un adolescente consume drogas, se están presentando dos problemas serios en forma simultánea. El primero de ellos es la crisis de la adolescencia, la cual como se describió en líneas anteriores es una etapa crucial en la vida del individuo, en la que se ponen en juego una serie de elementos vitales que van a determinar el futuro de esa persona.

La adolescencia es la etapa de la vida en la que los chicos pasan por cambios físicos y psicológicos que marcan su transición de niño a adulto, se caracteriza por una nueva relación con el mundo y los demás, por nuevos modos de vida e interacciones que al principio marcan un completo desequilibrio en el sujeto.

Para algunas personas la adolescencia les permite escapar del mundo estrecho y poco glorioso de la infancia, pero lamentablemente la salida de esta etapa pone en riesgo al chico, ya que la inestabilidad emocional en la que se encuentra, sumada a las circunstancias desfavorables en el ámbito social y familiar pueden llevarlo al consumo de drogas.

Como bien lo dice Fize (2007), el consumo de productos tóxicos reflejan el indudable malestar de unos jóvenes que tienen cada vez más dificultades para integrarse y encontrar un lugar en esta sociedad. Las drogas se presentan en los adolescentes como fuente de placer, proporcionan una agradable e inmediata sensación de alivio o de exaltación.

Si a la serie de síntomas característicos de la adolescencia que muchas personas suelen experimentar, se le aumenta el complejo problema del consumo de drogas, la situación se torna mucho más preocupante. En otras palabras, en parte de la población, la combinación de adolescencia más consumo de drogas, resulta una combinación peligrosamente explosiva.

Por las circunstancias políticas, económicas y en algunas ocasiones culturales, la sociedad actual suele hacer vivir de manera conflictiva a sus adolescentes, no sabe dónde colocarlos; el solo hecho de ser adolescente se convierte en una situación problemática. Hasta cierto punto es problemática la adolescencia para la sociedad que se niega que exista si no es como problema. No se sabe qué hacer con ellos, no se sabe donde ubicarlos socialmente.

Cuando se utiliza una droga se tienen expectativas de obtener unos efectos determinados. De forma consciente se busca conseguir un placer, alcanzar un estado personal diferente. En el caso de los adolescentes, las expectativas de efectos tendrán más importancia que los propios efectos. Antes incluso de probar las drogas, han depositado en las mismas, efectos que muchas veces no se corresponden farmacológicamente previstas.

Entre los adolescentes, los usos de drogas también responden a modas que ellos crean, reciben o alteran y que se difunden por su boca a boca particular. Con frecuencia la prevención comienza por descubrir qué les atrae, en qué están depositando sus ansias de felicidad, en qué confían para obtenerla. (Funes, 1996, p.46)

La prevención implica la adquisición de competencias de protección necesarias, es decir, desarrollar las actitudes y habilidades requeridas para enfrentar con éxito los riesgos y salir fortalecidos de las experiencias críticas frente a las situaciones que pueden conducir a consumir drogas. Se trata de

diseñar planes de actuación, con anterioridad a la manifestación de los problemas, o al menos antes de que éstos se estructuren y tomen cuerpo.

Mediante una cultura de la prevención ante las adicciones en adolescentes es posible promover estilos de vida saludables y se pueden generar una serie de estrategias para la prevención. Se considera que es importante promover una cultura libre de adicciones para el desarrollo íntegro de la personalidad de los adolescentes, ya que se encuentran en una etapa de reconstrucción de la personalidad y en búsqueda de una identidad, lo cual significa que la intervención les permitiría hacerlo de manera íntegra y saludable.

Es así como se propone a la prevención como un medio para formar los valores y actitudes que permiten la protección de los adolescentes, mediante el rechazo de las ofertas de consumo de drogas.

b) Hipótesis de Investigación

La información sobre las consecuencias del uso de drogas reduce la disposición a su consumo.

Variable independiente: Información sobre las consecuencias del uso de drogas.

Variable dependiente: Disposición al consumo de drogas.

Hipótesis Nula

La información sobre las consecuencias del uso de drogas no reduce la disposición a su consumo.

c) Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles son los principales factores que propician el uso de drogas en adolescentes?
- De acuerdo con índices formalmente establecidos, ¿Cuáles son las drogas de mayor uso en adolescentes?
- ¿Qué conocimiento tienen los adolescentes acerca de las consecuencias de las drogas que comúnmente se usan en esa etapa?

- ¿Cuál es el nivel de disposición de los adolescentes al consumo de las drogas que se usan comúnmente en esa etapa?
- El diseño y aplicación de un programa de prevención con estrategia informativa dirigido a adolescentes, ¿tiene influencia en el nivel de disposición al consumo?

d) Objetivos

Objetivo General

- Diseñar y aplicar un programa de prevención con estrategia informativa que permita conocer si a través de él se puede modificar el nivel de disposición al consumo de drogas comunes en la etapa de la adolescencia.

Objetivos específicos

- Describir los factores individuales, microsociales y macrosociales que inciden en el uso de drogas en adolescentes.
- Conocer en un grupo específico de adolescentes qué saben sobre las consecuencias del uso de drogas que son comunes en la población de esa etapa.
- Conocer en un grupo específico de adolescentes cuál es su nivel de disposición a consumir ese tipo de drogas.
- Evaluar mediante un posttest si la intervención preventiva generó cambio alguno en el nivel de conocimiento y disposición al consumo de drogas comunes en la etapa de la adolescencia.

e) Justificación

El consumo de drogas es un problema de salud que puede presentar cualquier ser humano, en cualquier etapa de la vida, sin embargo hay encuestas, como la ENA 2008 que indican cuál es la población que consume más, cuál es la droga de mayor consumo, en qué etapa se inicia el consumo, etc. Después de analizar los datos de esa encuesta se decidió tomar como población de análisis a los adolescentes, ya que al ser la edad en que se inicia el consumo existe mayor probabilidad de poder prevenirlo.

La prevención primaria implica tomar medidas antes de que se inicie el consumo, si ésta se lleva a cabo, se tendrían menos costos que si se aplican medidas de intervención en población que ya es dependiente, porque estos últimos empiezan a manifestar problemas de salud. Además se decidió que la intervención fuera dentro de la institución escolar porque implica llegar a un mayor número de personas y así también promover el papel de la escuela como el medio a través del cual los alumnos pueden adquirir conocimientos que están muy relacionados con su vida diaria.

Se pretende fundamentar la manera en que la escuela también puede aportar a través de contenidos, desarrollo de habilidades específicas, valores y competencias básicas, las herramientas que les ayudarán a enfrentar los desafíos básicos de la vida, como lo es la tan común oferta al consumo de drogas. La prevención del consumo de drogas es una necesidad real que las instituciones escolares ya han empezado a considerar, de hecho ya se han desarrollado planes de acción ante esa problemática.

La prevención se puede considerar dentro de proyectos globales de educación y promoción de la salud a través de planeaciones pedagógicas. En las instituciones educativas se cuenta con profesionales que pueden apoyar esas áreas, entre ellos podemos incluir al psicólogo educativo. Él puede realizar la prevención primaria, secundaria y terciaria. Su intervención puede apoyar a la promoción de conductas adecuadas para prevenir a distintos niveles una serie de enfermedades. A través de la promoción de comportamientos individuales específicos se puede prevenir el consumo de drogas en adolescentes durante procesos educativos.

Siguiendo a Ribes (2008) se pueden promover en los adolescentes conductas efectivas que permitan prevenir el consumo, las personas pueden desarrollar capacidades instrumentales que disminuyan el riesgo de enfermedades biológicas, entre esas capacidades instrumentales se hace referencia a la disponibilidad de información. Así queda fundamentado de manera general el por qué se decide realizar una intervención preventiva con estrategia informativa para disminuir la disposición al consumo de drogas.

f) Metodología

La presente investigación, de acuerdo con Campbell y Stanley (1963), (citado por Salkind, 1999, p.234), es de tipo Experimental Verdadero, a través de ella se pretende comprobar si la información sobre las consecuencias del uso de drogas tiene algún efecto en la disposición a su consumo, si esta última se puede reducir con la información.

Con la investigación experimental se trata de determinar la presencia de una causa y un efecto definidos, de una relación causal.

La población son Adolescentes, Estudiantes de Secundaria.

La muestra son Adolescentes, de entre 13 y 14 años de edad. Estudiantes de Segundo Grado de la Escuela Secundaria Diurna No. 231 "Sigmund Freud", Turno matutino. Ubicada en Av. Vasco de Quiroga No. 1355 Col. La Mexicana, Álvaro Obregón DF, CP. 01260.

Para la selección se tuvo como criterio que la muestra perteneciera al Segundo Grado, ya que los alumnos se encuentran en un nivel intermedio de edad. Además la Directora indicó que en estos grupos son en los que se ha detectado mayor vulnerabilidad ante la problemática.

Al igual que Campbell y Stanley (1963), este trabajo muestra la preferencia por el método experimental como el único medio de zanjar las disputas relativas a la práctica educacional, única forma de verificar adelantos en el campo pedagógico y único método para acumular un saber al cual puedan introducirse mejoras sin correr el peligro de que se descarten caprichosamente los conocimientos ya adquiridos a cambio de novedades de inferior calidad.

Para la realización de esta investigación se utiliza el "Diseño de Cuatro Grupos de Solomon". En este diseño se requieren cuatro grupos, uno experimental que recibe pretest, tratamiento y postest; un segundo experimental que recibe tratamiento y postest; un grupo control al que se le aplica pretest y postest; un segundo grupo control al que sólo se le aplica el postest (Campbell y Stanley, 1970).

Con este diseño se pueden realizar distintas comparaciones entre los grupos para determinar los factores que están dando cierto tipo de resultados. En este caso es de gran utilidad porque permite saber si después del tratamiento experimental hay algún cambio en el conocimiento y en la disposición, y si hay relación entre ellos.

Si hubiera cambio en cualquiera de los dos, con las comparaciones se puede determinar si fue por la simple aplicación del pretest o realmente el tratamiento fue efectivo.

Sin embargo, la causa responsable del cambio podría no ser el curso por sí mismo, sino cualquiera de las variables que afectan la *validez interna* de este tipo de pruebas educativas. De entre éstas podemos descontar a la *instrumentación*, porque una prueba impresa estructurada de antemano no sufre deterioro y su administrador fue la misma persona; a la *regresión estadística*, porque no se seleccionaron los grupos sobre la base de sus puntajes extremos; a la *selección*, porque no se hizo selección diferencial de participantes para los grupos de comparación; y a la *mortalidad experimental*, porque no hubo abandono selectivo de personas en ninguno de los grupos.

Ahora bien -sobre todo cuanto más extenso es el lapso entre las dos observaciones, no se puede decir lo mismo de la *historia*: los acontecimientos específicos ocurridos entre la primera y la segunda medición -ya que en el estudio de métodos de enseñanza casi nunca se puede suponer un aislamiento experimental tan completo como el de los laboratorios de física-, como por ejemplo en este caso las experiencias en otros cursos durante el mismo periodo; de la *maduración*: los procesos internos de los participantes, que operan como resultado del mero paso del tiempo, como el aumento de edad, apetito, fatiga, aburrimiento etc., todos aquellos procesos biológicos o psicológicos que varían de manera sistemática con el correr del tiempo e independientemente de determinados acontecimientos externos; de la *administración de tests*: el influjo que el tomar un test ejerce sobre los resultados de otro posterior.

Al haber cinco Grupos de Segundo Grado en la Secundaria No. 231, se tuvieron que seleccionar sólo cuatro (porque así lo requiere el Diseño de Cuatro Grupos de Solomon, sólo cuatro grupos).

Se decidió que fueran los cuatro primeros grupos, 2º “A”, 2º “B”, 2º “C” y 2º “D”, descartando a 2º “E”. Esta selección se realizó con base a “la muestra no-probabilística, pueden también llamarse muestras dirigidas, pues la elección de sujetos u objetos de estudio depende del criterio del investigador” (Sampieri, Fernández y Baptista, 2006, p.335).

El instrumento es un Inventario de Opiniones (Ver Anexo 1), el cual se diseñó de acuerdo a la relación causal que se pretende investigar, el efecto de la información acerca de las consecuencias del uso de drogas sobre la disposición a consumirla.

Las instrucciones para este inventario se redactaron de tal forma que los alumnos sintieran la confianza de contestar lo que realmente opinan, sin que influyeran negativamente aspectos como: el que Directivos y Profesores se enteraran de sus opiniones, el que a partir de la anotación de su nombre los pudieran detectar y castigar, el ser calificados y de esta manera ser reprobados y etiquetados, etc.

El inventario consta de 20 afirmaciones, de las cuales diez son respecto a las consecuencias del uso de drogas. Estas afirmaciones serán útiles para medir el nivel de información que tienen sobre las consecuencias. Las otras diez afirmaciones se utilizan para evaluar el nivel de disposición que tienen los alumnos para consumir la droga.

De las 20 afirmaciones algunas fueron redactadas de manera positiva y otras de manera negativa con el objetivo de obtener las respuestas más certeras de los alumnos, porque si se redactaban todas de una sola forma se podía inducir a la respuesta esperada y no a la opinión que quisiera dar el alumno.

Se hizo referencia en este inventario sólo a cuatro tipos de droga: los inhalables en general, la marihuana, la cocaína y las anfetaminas, debido a que de acuerdo con la ENA 2008, además del alcohol y el tabaco, son estos cuatro tipos de droga los que con mayor frecuencia se consumen en la adolescencia, además de ser con los que se inicia el consumo.

Las opciones de respuesta se escribieron y ordenaron de tal manera que los alumnos no se sintieran obligados a contestar lo que socialmente es aceptado, o que las opciones parecieran limitadas. Esas respuestas debían ser útiles para los dos bloques, el de información sobre las consecuencias y el de disposición al consumo.

En el bloque de información sobre las consecuencias, las opciones de respuesta deben permitir la detección del nivel de conocimiento del alumno, obtener un total de aciertos para detectar cuál es el promedio. A través de la opinión sí es posible saber el nivel de conocimientos, ya que las afirmaciones se redactaron de tal manera que permitieran que los alumnos dieran su opinión a partir de lo que saben sobre cada tipo de droga.

En el caso de la disposición las opciones de respuesta fueron las mismas que para el bloque de información (Ver Anexo 1). El alumno debe dar su opinión acerca de la posibilidad de consumir alguna de las drogas, ante diferentes circunstancias.

La disposición aquí se mide a partir de una afirmación que permita al alumno ponerse ante una situación real, para la cual deba tomar una decisión que se reflejará en la opinión que dé a través de las opciones de respuesta. Es así como también con este tipo de opciones de respuesta se podrá obtener un promedio acerca del nivel de disposición de los alumnos.

Las opciones de respuesta deben tener un valor para poder sacar promedios, por eso al bloque de conocimientos se le asignan los siguientes valores:

Para las afirmaciones que están redactadas de manera positiva.

A) 2

B) 1

C) 0

Para las afirmaciones que están redactadas de manera negativa.

C) 0

D) 1

E) 2

Al bloque de disposición se le asignan los siguientes valores:

Para las afirmaciones que están redactadas de manera positiva.

A) 4

B) 3

C) 2

D) 1

E) 0

Para las afirmaciones que están redactadas de manera negativa.

A) 0

B) 1

C) 2

D) 3

E) 4

Con este instrumento se realizó una prueba piloto a 21 adolescentes que se encontraban cursando el nivel Secundaria, no importando el grado, 1º, 2º ó 3º. Se llevó a cabo un análisis con el Paquete Estadístico GraphPad Quick Calculators for Scientists, se utilizó la prueba Paired t Test. Es importante mencionar que el análisis estadístico de la aplicación formal, se llevará a cabo con este mismo paquete estadístico.

Se dividió el total de cuestionarios aplicados en dos grupos, el de aprobados y no aprobados. Los aprobados eran los que de acuerdo al valor asignado a cada tipo de respuesta había logrado obtener un puntaje de diez aciertos en adelante. Este criterio para considerar a los aprobados fue de manera arbitraria.

Los resultados mostraron una diferencia significativa, lo cual indica que los aprobados, los que tenían un mayor número de aciertos en conocimientos sobre las consecuencias del uso de drogas, tenían menor disposición a consumirlas que aquellos que no habían aprobado (Ver Anexo 2).

También se realizó una prueba para medir el grado de dificultad de las afirmaciones. La prueba consistió en comparar el número de personas que habían elegido un tipo de respuesta.

Si la diferencia era significativa, si el mayor número se inclinaba a la opción de respuesta considerada correcta, esto indicaba que era muy fácil. Si había una opción correcta a la que ningún sujeto hubiera hecho referencia, entonces era muy difícil.

Con esta prueba se obtuvo una distribución equitativa, no hubo inclinación significativa que demostrara la facilidad o dificultad de alguna de las afirmaciones, ni que indicara la necesidad de cambiar su redacción. Esto nos permitió dar paso a la aplicación formal, ya que el instrumento había mostrado su efectividad para lo que se pretende medir, nivel de conocimientos y disposición.

De acuerdo al tipo de Diseño para esta investigación, "Diseño de cuatro grupos de Solomon", el Inventario de Opiniones se utilizará como pre-test y pos-test en la aplicación formal.

Para los grupos experimentales se diseñó un Tratamiento Experimental, que en este caso es una breve exposición sobre las características del consumo de cuatro drogas: las inhalables en general, la marihuana, la cocaína y las anfetaminas. Como apoyo a la exposición, se realizó una presentación en Power Point sobre las características de cada una de las sustancias ilustrada visualmente.

Se redactó un guión sobre lo que se expondría exactamente de manera oral, para que la exposición fuera igual en todos los grupos. Con esto queda descartada la posibilidad de que alguna diferencia entre los grupos se diera por haber recibido una menor, mayor o diferente información durante la plática.

Se diseñó un tríptico que contenía información sobre las características de los cuatro tipos de droga expuestos (Ver Anexo 9). Esto se hizo con el objetivo de mantener la atención de los alumnos durante la plática, que no se distrajeran haciendo anotaciones ya que se les dijo que se les entregaría al final un resumen.

La información del tríptico como tal no tuvo ninguna influencia en los resultados del pos-test porque se entregó al final de la evaluación. Simplemente se utilizó para no perder la atención de los alumnos en realizar anotaciones o resúmenes.

Para realizar la intervención formal en la Escuela Secundaria Diurna No. 231 "Sigmund Freud", turno matutino, se requirió solicitar un permiso a través de una carta firmada por el Director de la UPN Unidad 094 Centro (Ver Anexo 10). Así se obtuvo la autorización por parte de la Directora de la Secundaria para llevar a cabo la intervención.

Fue necesario realizar un cronograma de trabajo para que los Profesores estuvieran enterados de la intervención, para que la Directora supiera y reservara los espacios y el material requerido (Ver Anexo 3).

El trabajo con los cuatro grupos (2º "A", 2º "B", 2º "C" y 2º "D") se programó para dos días, el día jueves 10 de junio de 2010 y el día viernes 11 de junio de 2010.

El pre-test se aplicó el jueves en el salón de clases a 2º "A" y 2º "C", sólo se requirió del pizarrón y copias del Inventario de Opiniones para cada alumno. Se redactó un pequeño guión sobre las instrucciones que se darían de manera oral sobre el Inventario de Opiniones, con el objetivo de que los alumnos de los cuatro grupos tuvieran las mismas indicaciones y en caso de haber diferencia, no se debiera a eso (Ver Anexo 1).

El día viernes se dio la plática y se aplicó pos-test a 2º "A" y 2º "B", se había programado para el primer grupo de 7:30 a 8:30 y para el segundo grupo de 8:30 a 9:30. No se pudo respetar el horario, debido a que se informó a última hora que se les daría permiso a los alumnos de toda la Escuela para ver el Partido de México, recordando que en esa fecha inició el Mundial de fútbol.

Se tuvo que recorrer la hora de la plática para los dos grupos, ya que no había posibilidad de cambiar el día de aplicación, porque la Directora ya tenía programadas otras actividades para los siguientes días. Así que se iniciaron las pláticas a las 11:30.

No se pudo ocupar el espacio solicitado, la Sala de Medios, porque a pesar de haber sido programado y ya confirmado su uso para la exposición, otro

profesor estaba dando clase allí. Por lo que se tuvo que realizar la exposición en el taller de electrónica. Se instaló una laptop con un cañón para proyectar en una manta sobre el pizarrón, y un micrófono.

A pesar de haber tenido los medios necesarios para dar la plática, es importante mencionar que el salón era más grande en comparación con la sala de medios y con los salones utilizados para impartir las otras materias. Había mesas muy grandes, para cuatro o cinco alumnos, con bancos altos de madera. Esto era molesto para los alumnos porque no podían estar sentados más de quince minutos, los bancos eran muy duros, además manifestaban que había mucho polvo. Al ser muy grande el espacio, los alumnos fácilmente se distraían con otros materiales y objetos propios del taller. Agregando a esto la inquietud y emociones por el partido de futbol que habían visto.

No hubo posibilidad de aplicar los pos-test para los grupos de 2º “C” y 2º “D”, por lo que esas aplicaciones se recorrieron para el lunes 14 de junio de 2010. Ya sin ningún inconveniente el lunes se aplicó el pos-test a los dos grupos faltantes.

La Directora indicó que se impartiera la plática a todos los grupos, por lo que se puede verificar en el cronograma la programación (Ver Anexo 3). Sin embargo, sólo se dio la plática a los grupos de primero y segundo porque los de tercero dejaban de asistir unos días y no era posible la asistencia de todos los alumnos.

g) Contextualización

La intervención se llevó a cabo en una secundaria que se encuentra dentro de la delegación Álvaro Obregón, en el pueblo de Santa Fe. Es importante describir las condiciones socioeconómicas y geográficas ya que en gran medida son factores que potencializan la manifestación del problema.

De acuerdo con el Breviario de Álvaro Obregón (2009):

...esta Delegación cuenta con el 8.1% de la población total del Distrito Federal, con un crecimiento demográfico en los primeros cinco años de la actual década del 0.6%, porcentaje que equivale al doble del promedio del Distrito Federal (0.3%). De la población total de la Delegación, el 52.4% son mujeres y el 47.6% son hombres. Por

grupos de edad, el más numeroso lo constituyen los jóvenes de entre 15 a 24 años, los cuales conforman el 17.7% de la población total. (p.28)

Según un estudio elaborado por el Consejo Nacional de Población, CONAPO, esta demarcación se encuentra en el nivel medio en las condiciones de marginalidad para sus habitantes, con respecto a las demás delegaciones, al ocupar la novena posición.

La delegación Álvaro Obregón es una de las que presenta los mayores contrastes sociales, al tener zonas residenciales muy exclusivas enfocadas al poder Adquisitivo Medio-Alto y alto como lo son Lomas de Santa Fe, San Ángel, Florida, Jardines del Pedregal, Guadalupe Inn, San José Insurgentes, Colinas del Sur, Las Águilas y Villa Verdún, así como **colonias con un alto índice de delincuencia, marginación y hacinamiento como el pueblo de Santa Fe**, El Cuernito, Golondrinas, La Araña, Alfonso XIII o la Zona de Cristo Rey.

Como se mencionó en el párrafo anterior, el contraste socioeconómico es evidente, por ejemplo en este caso Lomas de Santa Fe está junto al pueblo de Santa Fe y lamentablemente las posibilidades económicas, educativas, culturales y sociales en general son totalmente distintas. El acceso a los servicios de los varios ámbitos (salud, educativos, entretenimiento, etc.) suelen ser de mayor calidad para los de poder Adquisitivo Medio-Alto y Alto. De hecho antes del actual delegado, no había apoyo para las escuelas, por lo que la Secundaria en la que se realizó la intervención era de las que tenía deficientes servicios, y por tanto esto se veía reflejado en la mala conducta y bajo rendimiento escolar de los alumnos. Hoy día empiezan a salir propuestas y apoyo para los diferentes sectores sin embargo, habría que evaluar si han generado algún cambio en beneficio de la sociedad.

Para muchos de los adolescentes y jóvenes del pueblo de Santa Fe es frustrante no poder tener derecho a los mismos servicios y beneficios que los de poder adquisitivo, la situación familiar (divorcio, abandono o simple falta de atención), falta de solvencia económica (padres con trabajos en los que ganan el sueldo mínimo), deserción escolar, padres alcohólicos o drogadictos, padres adolescentes, etc., los pone en situación de riesgo ante problemáticas como:

consumo de drogas, delincuencia, violencia, embarazos no deseados a edades tempranas, etc. Es por eso que se considera importante realizar intervención preventiva en esa población, si se contribuye al desarrollo humano y promoción de la salud probablemente los índices de conductas negativas disminuirán. Si se ofrecen opciones saludables a los adolescentes es probable que su desarrollo sea productivo.

CAPÍTULO I. LA PSICOLOGÍA Y SUS CONCEPCIONES

1.1 Distintas concepciones de la psicología

Todo ser humano inicia su vida interactuando con su medio ambiente, observa, conoce y va ajustando su conducta de acuerdo a sus necesidades, a lo que desea lograr y a las demandas de su ambiente. Con el tiempo va obteniendo mayor conocimiento del mundo a través de sus distintas experiencias, por lo que tiene que empezar a organizarlo y ponerlo en práctica de manera formal.

A través del tiempo el conocimiento del ser humano se ha ido organizando de distintas formas para facilitar su comprensión. El hombre ha tenido que especializarse en determinadas actividades, por lo que surge la necesidad de desarrollar teorías y procedimientos que le permitan conocer y facilitar su interacción con el mundo, que le permitan ajustar su conducta de acuerdo a las necesidades presentes y en el caso de ser necesario transformar el medio.

Entre la organización de todo el conocimiento del ser humano ha surgido la necesidad de desarrollar un campo que permita describir e interpretar la interacción de las personas entre sí y con su medio, en distintas situaciones, es decir; el desarrollo del campo de la Psicología. En este campo se han propuesto distintos tipos generales de psicología, algunos de ellos ya han sido cuestionados por su falta de funcionalidad en la práctica y por su falta de carácter científico.

Entre los tipos de psicología generales que se han criticado por su falta de carácter científico se encuentran: el mentalismo y el conductismo.

La primera rama del mentalismo se llama funcional o dinámico, “tiene como principal objetivo describir las fases psíquicas de las acciones de los organismos” (Kantor y Smith, 1975, cap. II, sección: Mentalismo, para. 1, en traducción de Jorge Márquez L.). Se basa en la descripción de un poder inobservable y un aspecto físico que determinan las respuestas de la persona. Kantor y Smith explican que es como si cada respuesta del hombre se dividiera en dos partes: primero las actividades observables, y segundo, un poder o fuerza psíquica que las controla. Esta rama asume que una acción siempre involucra una fase mental y una biológica.

Es como si la conducta se analizara como estados o procesos mentales conectados con acción corporal. Como si los estados mentales condicionaran la acción corporal o algunas veces la acción corporal causara determinados estados mentales o simplemente como si los estados mentales acompañaran la acción corporal.

La segunda rama del mentalismo es la estructuralista, en esta rama el elemento psíquico o mental existe al lado de algún fenómeno físico. Tiene como objeto de estudio la experiencia consciente, la consciencia. “Se analiza la experiencia mental concreta en sus componentes o elementos más simples para descubrir las leyes que gobiernan la combinación de los elementos y poder conectar dichos componentes con sus condiciones fisiológicas” (Martorell y Prieto, s.f., sección: El estructuralismo, para.4).

Desde la perspectiva mentalista se entiende que la psicología es dualista, estableciendo que hay un elemento mental que está conectado con un aspecto biológico (físico). Este dualismo ha ocasionado serias dificultades que ponen en duda su valor científico. Específicamente se refieren a que los mentalistas consideran que las acciones o estados psicológicos no existen en el espacio, que el objeto de estudio de la psicología es intangible, pertenece a un dominio distinto del de las otras ciencias.

Lo anterior, hace más evidente su dificultad para ser comprobado científicamente, sin embargo, los mentalistas buscan la manera de comprobar su validez estableciendo una forma especial para conocer los estados psicológicos a través de la introspección. La introspección es entendida como una forma especial de proceso de conocimiento de los eventos psicológicos. Es una manera de observación que es propuesta como equivalente a la observación objetiva que da valor científico a otras disciplinas.

La introspección es una manera de observación subjetiva, es el nuevo proceso de conocimiento que dará formalidad y validez científica al estudio y conocimiento de los procesos psicológicos.

Una segunda propuesta para justificar la existencia de la conciencia y los procesos psíquicos es afirmando que se pueden conocer a través de sus manifestaciones. Esto quiere decir que pueden conocer esos procesos ocultos

a través de los efectos que produce. Por ejemplo la llamada “emoción de miedo” en una persona puede conocerse a través de su huída, la emoción de miedo hace correr. En el caso de la sensación de frío se conoce a través de la conducta de temblar o de los acontecimientos fisiológicos que acompañan su operación.

De lo anterior se puede concluir que los mentalistas no lograron establecer los suficientes fundamentos que dieran validez científica a su propuesta de establecer como objeto de estudio los estados psicológicos. Al no encontrar una manera de conocer esos procesos, finalmente terminaban justificándose en otras ciencias ya establecidas como la biología y la química.

El conductismo es una propuesta que intenta superar las dificultades que tuvo la psicología mentalista. Para el conductista es incorrecto que una disciplina científica tenga como objeto de estudio algo transespacial e inobservable. Para que la psicología tuviera validez científica los conductistas afirmaron que era necesario que el objeto de estudio fuera observable.

Es entonces que se cae en la errónea justificación de recurrir a otras disciplinas ya establecidas. En este caso, como las únicas cosas que se pueden observar son las actividades del mecanismo biológico, entonces la psicología tiene que ser la ciencia de la conducta de los organismos biológicos. De esta manera el psicólogo conductista termina estudiando las actividades biológicas del organismo como un todo.

Si se da por hecho que no puede haber ciencia si no se habla exclusivamente de cosas o eventos observables, entonces la concepción mentalista no tiene validez y la concepción conductista sí. Ahora bien, aún queda en duda si es correcto reducir los fenómenos psicológicos sólo al funcionamiento de mecanismos fisiológicos.

Hay actividades psicológicas como recordar, planear, o pensar que no pueden ser reducidas a la mera operación de estructuras anatómicas, ni tampoco se puede afirmar que los hombres actúan solamente bajo el control de estímulos externos y por los incentivos de los premios. Por lo tanto, el conductismo al reducir el objeto de estudio de la psicología a la conducta de los organismos biológicos, al estudio de las acciones biológicas, deja limitado el campo de la

psicología a eventos exclusivamente espaciales y observables. Es como si simplemente rechazara una de las dos fases del dualismo psíquico y la redujera al aspecto físico.

Como el desarrollo teórico de los mentalistas y los conductistas tienen aspectos que aún quedan en duda y son incompletos, se ha decidido sustentar esta investigación en la Psicología Interconductual. “La actitud interconductual describe cuidadosamente los hechos de la psicología sin invocar ninguna suposición indeseable, ésta alcanza el criterio de una ciencia natural” (Kantor y Smith, 1975, cap. II, sección: Psicología interconductual, para. 6, en traducción de Jorge Márquez L.).

Es una ciencia natural porque se explican los fenómenos como ocurrencias naturales y no como resultado de factores internos o fantasmales, “la psicología interconductual ilumina el hecho de que refleja ocurrencias naturales y no dogmas históricos” (Kantor, 1980, p.11, en traducción de Jorge Márquez L.). Es así, como afirma Kantor, que la psicología interconductual surgió como un movimiento científico para investigar la interconducta organísmica de la misma manera en que operan todas las ciencias auténticas.

A continuación se describen los principales conceptos de la Psicología Interconductual que permitirán una mejor comprensión de esta investigación. Es importante mencionar que en el apartado correspondiente a la prevención se desarrollarán otros aspectos que complementan o están relacionados con el siguiente punto.

1.1.1 Psicología Interconductual

La psicología interconductual es un paradigma científico original que rompe con las propuestas tradicionales mentalistas, aportando fundamentos útiles para el análisis, comprensión, explicación y desarrollo de estrategias en el campo de la psicología. Su principal propósito es hacer de la psicología una ciencia que permita el análisis sistemático de los fenómenos que le corresponden.

De acuerdo con Reyes (2007) “la psicología interconductual surge en los años veinte bajo los mismos postulados del conductismo de Watson en lo que se refiere a tomar como objeto de estudio de la psicología a la conducta” (p.4). El

iniciador de este paradigma es Jacob Robert Kantor (1888-1984), nacido en Harrisburg, Pennsylvania.

De acuerdo con Kantor uno de los logros de las ciencias en el siglo XX, que ha favorecido su desarrollo, es la construcción teórica a partir de modelos de campo. Estos modelos, se refieren a que “todos los eventos deben considerarse como interacciones complejas entre numerosos factores que ocurren en situaciones específicas” (Reyes, 2007, p.4).

Para la psicología en particular, afirma Kantor (citado por Reyes, 2007), “es recomendable considerar el campo como todo el sistema de cosas y condiciones que se dan en cualquier evento considerado en su totalidad disponible” (p. 4). El modelo de campo permite identificar los principales factores que participan en los procesos y el papel que juegan en la organización de las interacciones. Sólo ese sistema completo de factores proporcionará la información necesaria para la explicación y manejo correcto de los eventos.

“Toda ciencia es inevitablemente probabilística, basada en la precisión de nuestro contacto con los factores que constituyen el campo del evento” (Moore, 1984, sección: Campos interconductuales, para. 2, en traducción de Jorge Márquez L.). En la medida en que se vayan identificando de manera precisa los factores en el campo, menos probable será la necesidad de recurrir a explicaciones fantasmales o internas. Es importante mencionar que cuando no se encuentre la respuesta a alguna pregunta no quiere decir que hay algo oculto que está propiciando el fenómeno, sino más bien es que no contamos con las habilidades necesarias para identificar la interconducta, no se conoce la técnica adecuada o simplemente el fenómeno es muy complejo como para manejarlo desde el conocimiento que se tiene en ese momento.

Cuando en alguna instancia determinada somos incapaces de observar los detalles de la interconducta, sólo podemos asumir como en las otras ciencias, que esta incapacidad surge de ninguna otra cosa que de lo intrincado de los eventos o de la ineffectividad de las técnicas empleadas. (Kantor, 1980, p.7, en traducción de Jorge Márquez L.)

El interconductismo se fundamenta en la explicación de que todos los datos científicos consisten en interacciones entre organismos y objetos o procesos, en condiciones específicas. En psicología se habla de interacciones psicológicas porque éstas implican relaciones recíprocas entre eventos y el organismo bajo condiciones específicas, “todos los eventos consisten en configuraciones específicas de factores interactuantes” (Kantor, 1980, p.8, en traducción de Jorge Márquez L.).

De esta manera se entiende que la interconducta se refiere a la acción recíproca entre el organismo y el objeto estimulante, es decir, en la interacción los dos tendrán funciones específicas, una función de estímulo específica que incita a una función de respuesta específica para cada situación. “Kantor utiliza una flecha bidireccional entre S y R, para indicar el intercambio recíproco entre el ambiente estimulante y el organismo que se comporta” (Moore, 1984, sección: Interconducta, para. 1, en traducción de Jorge Márquez L.).

Siguiendo a Kantor (citado por Vargas, 2006), “la psicología es definida como el estudio de la interacción de organismos con objetos, eventos y otros organismos, así como sus cualidades y relaciones específicas...” (p.54). Es el estudio de la interconducta de los organismos con las cosas o eventos. Al definirse la interconducta como acciones recíprocas específicas llamadas funciones, entonces: “podemos definir a la psicología como la investigación de la interconducta de las funciones de respuesta y de estímulo” (Kantor y Smith, 1975, cap. I, p.1, en traducción de Jorge Márquez L.).

En la psicología interconductista el objeto de estudio es la interconducta, entendida como un complejo campo de factores que constituyen un evento, es decir; la interacción del organismo (individual) total con su medio ambiente (físico-químico, biológico y social) enunciada como conducta...”(Vargas, 2006, p.60)

La conducta humana no depende de un solo factor, depende de una serie de factores y de la manera en que éstos se integran. “No se estudia la conducta porque ésta sea el vehículo por medio del cual buscar otro tópico..., todo lo que hay para estudiar es la interconducta” (Moore, 1984 sección: Campos Interconductuales, para.4, en traducción de Jorge Márquez L.).

Ahora bien, cómo se distinguen las interacciones meramente psicológicas de otro tipo de interacciones. Esta duda surge por las comunes confusiones o reducciones de la psicología a otras ciencias naturales ya definidas, como la física o biología, en las cuales también se dan y estudian interacciones.

De acuerdo con Kantor y Smith (1975, cap. I) las características específicas que definen a una interacción como psicológica son las siguientes:

- Las interacciones psicológicas son ajustivas. La conducta es flexible, se puede responder a un estímulo de distintas maneras, dependiendo de los contactos que el organismo haya tenido con las mismas cosas. Con la experiencia se van construyendo muchas y diferentes reacciones o respuestas que se van ajustando a la situación específica, es por eso que se considera a las interacciones psicológicas como históricas y del desarrollo.

El organismo psicológico no permanece en reposo esperando un estímulo, sino que constantemente está buscando contacto con objetos de su entorno, la pasa explorando para manipular y conocer.

- Las interacciones psicológicas son diferenciales. El organismo discrimina entre los objetos o situaciones para actuar de manera específica para cada uno, la característica fundamental de estas interacciones es su especificidad. Cada respuesta está correlacionada con una función estimulante de un objeto y, a la inversa, cada diferente función de estímulo de un objeto propicia una respuesta diferente.

La especificidad es el resultado de las diferentes experiencias de conducta del organismo con distintos objetos y situaciones. Es a través de esa variedad de contactos que los objetos y situaciones adquieren distintas funciones estimulantes para diferentes individuos.

- Las interacciones psicológicas son integrativas. Toda la compleja conducta de un organismo maduro ha sido integrada de respuestas más simples en el curso de la historia conductual del individuo.

El efecto de integración no se limita a la fase de respuesta de la interacción, ya que el mismo proceso de sumación ocurre del lado del

objeto. El principio integracional simboliza la estrecha interconexión entre el organismo y las cosas con las cuales interactúa.

- Las interacciones psicológicas son variables. La conducta variará en la medida en que al organismo le resulte o no efectiva para lograr contacto con el objeto estimulante.

La variabilidad de respuesta depende del número de conexiones específicas de estímulo y respuesta que ya han sido construidas durante los contactos presentes y pasados del organismo con el objeto o situación en cuestión.

- Las interacciones psicológicas son modificables. A partir de experiencias pasadas el organismo adecua su conducta a la situación. El organismo adquiere a través de la experiencia una nueva y a menudo más efectiva manera de reaccionar al objeto, mientras el objeto correspondiente adquiere una nueva clase de función de estímulo.

Los contactos sucesivos de un organismo con objetos culminan en el desarrollo de nuevos modos de interacción basados en los resultados o condiciones de los contactos previos.

- Las interacciones psicológicas son diferibles. El individuo está en contacto con un objeto que lo incita a una acción que no está completa hasta que haya pasado un cierto intervalo de tiempo.
- Las interacciones psicológicas son inhibibles. El organismo psicológico es capaz de ejecutar numerosas clases de respuestas, éste puede, cuando lo dictan o ameritan las circunstancias, sustituir un tipo de acción por otro.

Es así como se puede concluir que cuando las interacciones de los organismos y las cosas responden a estas descripciones o características, son interacciones psicológicas, si no, es que pertenecen a otras ciencias. Aunque hay que especificar que en una interacción psicológica no es necesario que se presenten todas las características, se puede presentar sólo una, la cual será suficiente para identificarla como psicológica.

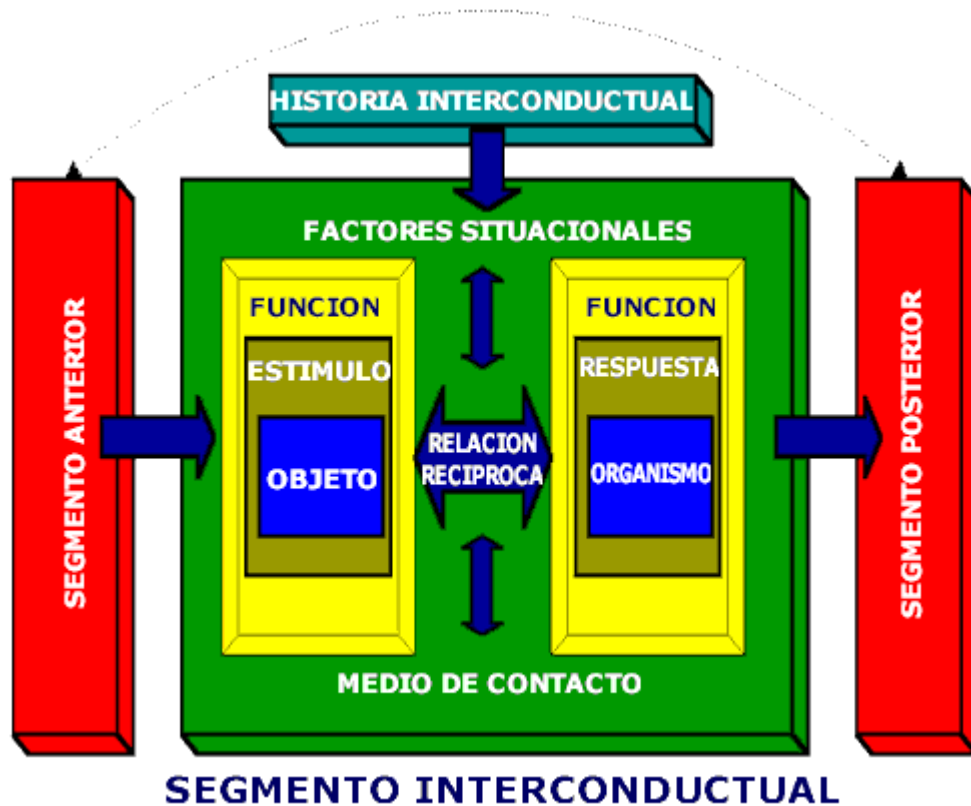
Ahora bien, la interconducta como un proceso continuo, parece complejo como para poder realizar el análisis total, por eso se propone realizar el análisis examinando justo una porción de ella. De acuerdo con la teoría interconductual la manera apropiada para realizar un análisis científico de la conducta o evento, es a través de un campo de factores participantes. Los eventos psicológicos se podrán analizar a través de segmentos interconductuales.

Para tratar adecuadamente con el evento, los psicólogos necesitan saber al menos las siguientes cinco cosas sobre el segmento interconductual:

- ❖ Historia conductual del organismo.
- ❖ Medio por el cual el organismo hace contacto con el objeto de interés actual en su entorno.
- ❖ Función que el objeto de estímulo tiene en la vida del organismo.
- ❖ Qué consigue la respuesta en la vida del organismo.
- ❖ Cualquier factor general, contextual, antecedente relevante a una interacción particular.

1.1.2 Componentes del segmento interconductual

Esquema 1. Segmento Interconductual.



Fuente: San Román (2005), sección: La unidad de análisis del estudio de la conducta: el segmento conductual.

Función de estímulo

Es el significado o función que el objeto de estímulo (objeto al que se responde) tiene en una situación dada. La pretensión de que interactuamos con funciones estímulo elimina la necesidad de asumir la existencia de algunos procesos mentales desconocidos que interpretan los estímulos físicos y les dan significado (Smith, s.f., sección: Funciones de estímulo, para. 1).

Función de respuesta

Es el significado o función que la respuesta tiene en una situación dada. Una respuesta puede tener diferentes funciones de respuesta, dependiendo de la situación.

Algunas veces las respuestas pueden ser implícitas, fenómenos orientacionales, pero son no obstante de índole conductual. Las interacciones de atención y perceptuales no son procesos psíquicos, sino más bien continuos

con otras formas de interconducta, en que ellas se originan por medio del contacto directo con las cosas y promueven ajustes con respecto al mundo de los objetos estimulantes (Moore, 1984, sección: Interconducta, para. 2, en traducción de Jorge Márquez L.).

Factores dispocionales

Son conjuntos de eventos de dimensiones múltiples y eventos de naturaleza histórica que no entran en contacto directo en la interacción, pero la probabilizan; se subdividen en factores situacionales e historia interconductual.

Factores ambientales

Todo evento o colección de eventos que, sin formar parte directamente de la interacción la afectan. Pueden ser parte del organismo o bien externos a éste:

- ❖ Factores ambientales organísmicos. “Incluye el nivel de activación basal, alteraciones por droga, fatiga, privación-saciación, enfermedades, etc.,” (San Román, 2005, sección: Factores ambientales, para. 2). Ejemplos: Cuando se está resfriado se responde de manera diferente que cuando se está sano. Si vamos a una dulcería, antes de comer tendemos a comprar más que si fuésemos después de ingerir nuestros alimentos. Una persona que es ordinariamente apacible puede estar dispuesta para pelear si toma demasiado (Smith, s.f., sección: Factores ambientales, para. 1).
- ❖ Factores ambientales externos. “Temperatura, época del año, luminosidad, presencia de otros organismos, ambiente social, valores sociales, etc.,” (San Román, 2005, sección: Factores ambientales, para. 2). Usualmente interactuamos de forma diferente si estamos con un instructor en el salón de clases, en su oficina o en un bar. Los factores ambientales también operan con organismos no humanos: un perro que ladra a la gente en el área de su casa, su territorio, generalmente no lo hará cuando camina por la acera o en una calle ajena que no sea su territorio. Las variedades de factores ambientales no organísmicos son casi infinitas (Smith, s.f., Factores ambientales, para. 1).

Historia Interaccional

“Conjunto de eventos que, en un organismo dado, constituyen su historia total de interacciones del organismo y el objeto de estímulo” (San Román, 2005, sección: Historia interaccional, para. 1). “Conforme encontramos nuevas cosas o situaciones estos encuentros influyen en nuestras acciones subsecuentes” (Smith, s.f., sección: Introducción, para. 1).

“La historia interconductual es la evolución del estímulo (variaciones de estímulo pasadas) y la biografía reactiva (variaciones de respuesta pasadas) como elementos de las anteriores interacciones” (Vargas, 2006, p. 64). El constante contacto del organismo con objetos lleva al desarrollo de nuevas formas de interacción que se basan en resultados o condiciones de contactos previos.

Medio de contacto

“Conjunto de circunstancias que hacen posible la interrelación E-R, son las funciones físico-químicas, reglas y convenciones normativas” (San Román, 2005, sección: Medio de contacto, para. 1).

1.1.3 El papel de las emociones en el estado de salud: un ejemplo de las diferencias entre las concepciones tradicionales de la psicología y la concepción interconductual

Son distintas las propuestas que se han realizado desde la perspectiva psicológica para explicar cuál es la función de las emociones en el estado de salud de las personas. Se ha abordado el tema desde concepciones tradicionales como la psicoanalítica, cognoscitiva y conductual, en ellas se ha tratado de demostrar que las emociones determinan de alguna manera el estado de salud-enfermedad.

En este apartado se pretende demostrar la falta de fundamentos por parte de las concepciones tradicionales para afirmar que las emociones tienen alguna función en la salud, además se explicará si desde la perspectiva interconductual es posible afirmarlo.

Algunas aproximaciones psicológicas a la salud se fundamentan en concepciones tradicionales derivadas de la doctrina dualista, por ejemplo, en el

caso de las emociones se definen como entidades, variables internas o procesos responsables del estado de salud-enfermedad. Esto quiere decir que hay algo llamado emoción que propicia de manera directa la enfermedad.

Desde la perspectiva psicoanalítica las emociones son entidades no observables, inconscientes, pueden ser positivas o negativas, se considera que son factores importantes que afectan la salud del individuo.

En la perspectiva conductual se define la emoción como un síndrome de respuestas fisiológicas de activación, sujetas a condicionamiento. Desde esta perspectiva las emociones tienen como función preparar al sujeto para la acción, se trata de un aprendizaje emocional que puede ser explicado con los principios del condicionamiento clásico. Por ejemplo, en el caso de la ansiedad se explica que se presenta un síndrome de activación biológica que lleva a respuestas operantes de evitación o escape.

En la perspectiva cognoscitiva, desde un enfoque psicodinámico se explica que las enfermedades o malestares son provocados por algún trastorno mental, por un desorden de pensamiento que hace que el individuo distorsione la realidad. Aquí se habla de las emociones como un proceso en el cual a partir de un pensamiento o creencia X, se producen emociones X, que a su vez determinan una conducta observable, y finalmente como resultado de este proceso se obtendrá el estado de salud o enfermedad.

A partir de una interpretación de la realidad, de un pensamiento, se genera una emoción, el significado que el individuo le dé a la situación determina su respuesta emocional, la cual se hace evidente a través de conductas (acciones observables), que finalmente darán como resultado el mantenimiento de la salud o el inicio de enfermedad. En esta descripción pareciera que se habla de las emociones como un proceso en cadena, de relaciones causales. A diferencia de la concepción conductual, en esta perspectiva cognoscitiva ya no es suficiente la presencia de un estado de excitación fisiológica para definir la emoción, ahora ya se agrega la interpretación de la situación.

La dificultad desde la perspectiva cognoscitiva respecto a las emociones empieza cuando se les quiere ponderar para su medición e identificación, ya que hasta ese momento se habían definido como procesos complejos. Como

tal debía constar de momentos, pasos o variables que se describieron en el siguiente orden:

1. Se presenta un sentimiento, es decir, la concientización subjetiva de la situación.
2. Se presentan cambios corporales (dimensión psicofisiológica).
3. Se presentan manifestaciones conductuales externas (dimensión expresiva-motora).

Al definirse como procesos complejos no se podía establecer una manera de identificación o medición, por lo que se redujo a la medición de los cambios que se presentaban con la activación fisiológica, a través de indicadores biológicos y el autoregistro de la interpretación subjetiva de la situación. Esto indica que no se encontraba un patrón de medición de las emociones ya que su producción dependía de la interpretación que la persona hiciera de la situación, y cada individuo la interpreta de diferente manera. No se podía establecer un patrón porque no en todos se produce bajo las mismas circunstancias, cada quien construye su realidad. Además siendo un proceso consta de distintos momentos y en este caso sólo se tomó en cuenta el primero y el segundo, el de la interpretación personal y el de los cambios corporales, reduciendo la emoción a aspectos subjetivos y propiamente fisiológicos, a su dimensión biológica.

Es así como las aproximaciones psicológicas a la salud en general, han definido a las emociones de distintas maneras: como acciones físicas y verbales, respuestas innatas, pensamientos y cambios fisiológicos. Finalmente se puede observar que “a pesar de que se plantea a las emociones como factor central en la comprensión del estado de salud/enfermedad, no existe una concepción unificada respecto de ellas” (Rodríguez, 2008, para. 15). Sólo se han producido argumentos confusos, en su mayoría de naturaleza mentalista, que lo único que hacen es describir a los eventos psicológicos como procesos complejos, confusos, constituidos por pasos, variables o momentos, con relación causal entre sí, y su presentación en determinado orden.

Las diversas maneras de concebir las emociones se basan en argumentos confusos de naturaleza mentalista: a) se emplea el término emoción para abordar una gran

variedad de fenómenos, confundiéndolo, las más de las veces con sentimientos; b) se soslayan las situaciones ambientales y se emplean criterios morfológicos en su estudio; c) se asume que todos los fenómenos agrupados en el término emoción se pueden considerar equivalentes en términos de complejidad, postulando la existencia de procesos mentales o cognoscitivos previos; d) se abordan de manera dualista y, e) se les atribuyen funciones causales al excluir su posible identificación en términos de categorías disposicionales. (Rodríguez, 2008, para. 17)

De acuerdo con la cita anterior no sólo se han tenido múltiples concepciones sobre las emociones, sino que además se han confundido constantemente con los sentimientos. No se ha establecido una diferencia respecto a su concepción, lo que constantemente ocasiona confusiones teóricas que pueden llevar a plantear relaciones equívocas e incomprensibles. Por ejemplo, si no se especifica la diferencia entre un sentimiento y una emoción, se pueden confundir entre sí, y se llega a establecer de manera indiferente que si se presenta de manera negativa un sentimiento o una emoción, va a producir enfermedad.

Desde la perspectiva interconductual se explica que un sentimiento no es lo mismo que una emoción. En otras perspectivas se tiende a concebirlas como lo mismo, esto debido a que en las dos se presenta el mismo tipo de sistema reactivo, los mismos sistemas reactivos viscerales. La presencia de esos sistemas no hace que ambos fenómenos sean iguales porque no se pueden reducir a funcionamiento biológico particular para su definición.

De acuerdo con Kantor (1969) los sentimientos son un tipo de comportamiento afectivo, es decir, que las respuestas del individuo no producen cambio alguno en el ambiente, sino en el propio individuo. Por lo regular son respuestas de adaptación del individuo a cierto tipo de situaciones, por lo que tiene que realizar cambios en sí mismo:

...constituyen tipos específicos de segmentos de comportamientos que tienen una característica fundamental: las características del individuo no producen ningún efecto o cambio en los objetos de estímulo con los que se relacionan, sino sólo en el propio individuo que se comporta. (Rodríguez, 2008, para. 20)

Se dice que los sentimientos constituyen tipos específicos de segmentos de comportamiento porque “los sentimientos son comportamientos que, a su vez, forman parte de otros, de hecho, casi todo comportamiento humano los incluye” (Rodríguez, 2008, para. 22).

El comportamiento afectivo es producto de la experiencia y corresponde funcionalmente a estímulos, objetos, acontecimientos o personas específicas. El individuo va a reaccionar diferencialmente dependiendo del contexto de su interacción.

En el segmento de conducta afectiva el patrón de respuesta se presenta de manera ordenada y completa. Hay una secuencia de conductas que va a finalizar con una respuesta consumatoria específica que completa el patrón.

Con respecto a las actividades viscerales, recordamos que éstas se presentan tanto en las emociones como en los sentimientos, la diferencia es que en los últimos forman parte de la interacción psicológica:

...la actividad visceral está organizada en una configuración definida, y como factores en respuestas diferenciales a estímulos ellas son, por supuesto actividades psicológicas; mientras que en la situación emocional los componentes viscerales son una masa confusa de acción y son por lo tanto de carácter primariamente biológico. (Kantor y Smith, 1975, Capítulo XV, p.5, en traducción de Jorge Márquez L.)

Los sentimientos se van estableciendo en relación con ciertos estímulos, a la forma en que se presentan, a la naturaleza y condiciones del contexto, “es la historia individual la que da cuenta del comportamiento afectivo personal” (Rodríguez, 2008, para. 32). Las respuestas del individuo, su intensidad y frecuencia corresponden funcionalmente a cierto tipo de estímulos. Rodríguez explica que algunas personas reaccionan afectivamente de cierta manera a cualidades de personas, otros a estimulación visual u olfativa, otros más a situaciones complejas, como las políticas.

Los sentimientos tienen distintos grados de intensidad, “Kantor (1969) explica que hay segmentos afectivos simples y complejos” (Rodríguez, 2008, para. 37). Los segmentos simples de comportamiento afectivo son aquellos en los cuales la situación es comparativamente simple, el individuo responde a estímulos

concretos o la retirada de éstos, y la reacción final está constituida por un cambio o reacción que afecta al propio individuo. Los segmentos complejos de comportamiento se caracterizan por la presencia de uno o más sistemas reactivos sustitutivos, esto quiere decir que el estímulo no está presente pero tiene relación con su historia de vida y por eso responde, y la reacción final afecta al propio individuo.

Retomando las descripciones que se realizan desde la perspectiva interconductual, las emociones son segmentos de comportamiento en donde las respuestas finales del patrón de respuesta no se presentan, el individuo no está equipado con sistemas de reacción final para enfrentar ese tipo de situaciones. Quien cuente con sistemas de reacción final para enfrentar una emergencia específica, no resultará paralizado.

Kantor (1969) (citado por Rodríguez, 2008), señala que la actividad emocional consiste de segmentos en donde las respuestas consumatorias o finales de un patrón de respuestas son las que se inhiben, aunque deja claro que el resto del patrón de comportamiento, como la respuesta de atención o la perceptual, sí se presenta. (para. 24)

Previo al segmento emocional hay un segmento de conducta que es completo y organizado, ya después se presenta un estímulo abrumador, “estímulo emocional”, en el ambiente que va a corresponder al segmento propiamente emocional. La función del estímulo emocional reside en una abrumadora y repentina aparición de un objeto. Se atiende al objeto de estímulo y se percibe, pero ahora lo que sucede es que en vez de continuar el patrón de manera ordenada, se genera una total confusión. El sistema de reacción final apropiado no se presenta y es sustituido por un conjunto de respuestas reflejas de tipo visceral.

El segmento emocional se caracteriza por una total confusión y desorganización del individuo, por lo que la respuesta adecuada para ese estímulo no se presenta, no opera. “Las emociones interfieren con un comportamiento efectivo en la situación, es decir, bloquean alguna respuesta” (Rodríguez, 2008, para. 23). El sistema reactivo que sería adecuado para ese estímulo es sustituido por un conjunto de respuestas reflejas de tipo visceral.

De acuerdo con Rodríguez esta reacción es fundamentalmente somática y no está correlacionada apropiadamente a los estímulos, es decir; no tienen función alguna. No se puede decir que corresponda funcionalmente a ningún estímulo particular.

A diferencia de los sentimientos, la conducta emocional es un segmento de conducta incompleto, en donde se inhiben las respuestas consumatorias o finales, no presenta orden o regularidad en su ocurrencia, dura solamente una breve parte de segundo, las respuestas reflejas de tipo visceral no tienen ninguna función, no son respuesta diferenciales a estímulos, son una masa confusa de acción y son de carácter primariamente biológico.

En el estudio de las emociones como en el de los sentimientos deben tomarse en cuenta las circunstancias ambientales específicas a las que el individuo responde. En el caso de las emociones es importante conocer los factores que intervienen para que se presente la crisis emocional.

Hay condiciones que favorecen o promueven las crisis emocionales, de acuerdo con Kantor y Smith (1975) algunas de estas condiciones se refieren a la persona y otras tienen que ver con las circunstancias de estímulo:

- Condiciones personales: Historia Interconductual.
- Condiciones de estímulo: Las convenciones sociales de todos tipos tienen una muy definitiva influencia sobre la ocurrencia o no ocurrencia de las conmociones emocionales.

(Capítulo XV, p.8, en traducción de Jorge Márquez L.)

Desde las perspectivas tradicionales de la psicología se había explicado que las emociones se podían clasificar, la forma más común de hacerlo era la de emociones positivas y negativas. De acuerdo con Kantor (1969) (citado por Rodríguez, 2008) y con la psicología interconductual, “no es posible clasificar las emociones porque sólo hay una clase de conducta emocional. Una emoción es un tipo de acción en la que no hay una respuesta final y sólo hay respuestas reflejas” (para. 27).

Al no haber tipos específicos de emociones se propone realizar su clasificación a partir de las circunstancias de estimulación y el contexto. “Cualquier

clasificación consecuentemente consiste solamente en la enumeración de las circunstancias bajo las cuales estas actividades disruptivas ocurren”. (Kantor y Smith, 1975, Capítulo XV, p.9, en traducción de Jorge Márquez L.)

Kantor (1969) (citado por Rodríguez, 2008, para. 33) hace una primera distinción con base en el tipo de condiciones de estimulación, distingue dos clases:

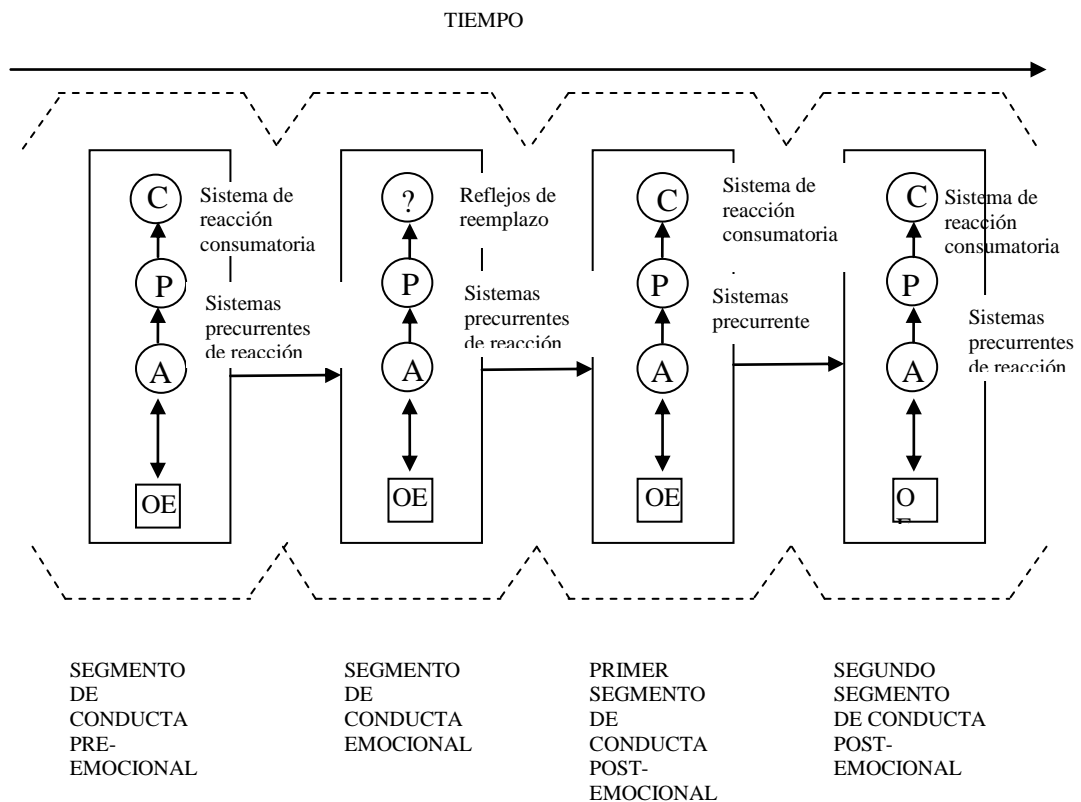
- Reacciones elementales vinculadas a condiciones primarias naturales de estimulación: Que están presentes de forma concreta en una situación.
- Reacciones más sutiles y refinadas vinculadas a condiciones de estimulación social: Cuando una persona responde en una situación como si estuviera en otra, cuando reacciona a elementos de estimulación que pertenecen a otra situación.

Hasta aquí se ha explicado qué es una emoción, sus características principales y su clasificación, a continuación se describe la manera en que se lleva a cabo el análisis emocional a partir de segmentos de conducta como lo propone la teoría interconductual.

La conducta emocional se comprende de mejor manera si se analiza una larga situación de la cual es parte. En este caso no es suficiente describir el segmento emocional, se tienen que considerar lo que la persona hace antes y después del ataque emocional. Se deben analizar segmentos de conducta previa y posterior al propiamente emocional. Kantor (citado por Rodríguez, 2008, para. 25), afirma que las emociones se pueden distinguir de actividades precedentes y subsecuentes y se pueden describir en términos de otras actividades relacionadas que, junto con el segmento emocional distintivo, constituyen una situación compleja de comportamiento”.

El análisis tiene que comprender cuatro segmentos de conducta que ocurren en sucesión rápida:

Esquema 2. Los cuatro segmentos de conducta en situaciones emocionales.



Fuente: (Kantor y Smith, 1975, Capítulo XV, p.3, en traducción de Jorge Márquez L.).

1. Segmento de conducta pre-emocional. Se refiere a la actividad previa a su contacto con el objeto o estímulo, es decir, a la actividad que antecede a la reacción emocional.

El segmento pre-emocional prepara el camino para los segmentos de conducta emocional propiamente dichos. Cuando el individuo no está ocupado con algún objeto justo antes de que el estímulo emocional aparezca, no viene a él con la fuerza típica de la mayoría de las situaciones emocionales.

2. Segmento de conducta emocional propiamente dicho. Periodo de confusión en donde la actividad visceral y general del organismo reemplaza las acciones que deberían operar de manera organizada y consumatoria, aun cuando se presentan respuestas perceptuales y de atención.
3. Primer segmento de conducta post-emocional. Cuando el individuo empieza a responder a algún estímulo diferente presente en la situación,

por ejemplo, a algún objeto que brinde la posibilidad de escapar. Aquí ya el individuo responde a través de un sistema reactivo consumatorio y organizado.

Cuando el individuo empieza a responder es porque el período propiamente emocional ha terminado.

4. Segundo segmento de conducta post-emocional. El individuo responde, en gran medida, al segmento anterior. Esto quiere decir que el segmento anterior o su respuesta anterior funciona como nuevo estímulo y que hace al individuo responder. La respuesta puede ser el pensamiento o el decirse a sí mismo algo, puede ser una reflexión sobre lo que sucedió.

(Kantor y Smith, 1975, Capítulo XV, p.2, 3 y 4, en traducción de Jorge Márquez L.), (Rodríguez, 2008, para. 25).

El análisis de los cuatro segmentos de conducta en situaciones emocionales es ilustrado de manera clara por el siguiente ejemplo de Kantor y Smith, (1975):

Usted está conduciendo un carro. La conducta prácticamente automática que esto implica lo posibilita para admirar el paisaje, mientras todavía se mantiene echando un súbito vistazo a los otros carros. Mientras aumenta la velocidad al bajar una rápida pendiente de improviso se encuentra a sí mismo a punto de cruzar una vía de tren visto en el momento justo en que éste está llegando. ¿Qué pasa? Si pudiera estudiar su propia conducta cuidadosamente en ese momento esto es lo que encontraría. Su conducta eficiente de hace un segundo se hace momentánea, pero completamente desorganizada. Toda su actividad que previamente estaba operando tan tranquilamente ahora está totalmente perturbada. Hay, de hecho, un momento en el que usted no ejecuta ninguna conducta psicológica en absoluto. Este es el periodo del segmento de conducta específicamente emocional. Si usted no se recuperara de esta condición desorganizada y perturbada probablemente no viviría para contarla. Pero si la buena suerte no lo ha abandonado hay una rápida recuperación, de tal manera que el segmento de conducta emocional propiamente dicho dura solamente una breve parte de segundo. Entonces una función de estímulo nueva solicita otra respuesta, que puede ser pisar el freno, acelerar el motor, o saltar fuera del carro. Tan pronto como

una de estas actividades comienza el shock emocional termina. (Capítulo XV, p. 1, en traducción de Jorge Márquez L.)

Ya que se ha explicado que los sentimientos y las emociones no son lo mismo y ya que se especificado en qué consiste cada una, ahora es posible responder si éstas son las principales causas psicológicas de la enfermedad.

La respuesta de acuerdo a lo explicado hasta el momento y siguiendo los postulados de la psicología interconductual es que las emociones y los sentimientos no son las principales causas psicológicas de la enfermedad. De acuerdo con Rodríguez (2008) las razones por las cuales se considera que las emociones y sentimientos no son causa de enfermedades es porque:

a) emociones y sentimientos son parte de otros complejos de comportamiento y no procesos independientes del mismo, b) la influencia del comportamiento en la salud se compone de un conjunto de relaciones que se originan en la historia interactiva de cada individuo y no de componentes parciales. (para. 55)

Los sentimientos no pueden ser una causa psicológica de la enfermedad, porque éstos son sólo la dimensión afectiva de un comportamiento, “el individuo no solamente siente algo, sino que hace o piensa algo y ambas cosas son dimensiones inseparables del mismo comportamiento” (Rodríguez, 2008, para. 56). Los sentimientos pueden formar parte de episodios que indican capacidades, de conductas instrumentales de riesgo y prevención, así como de conductas asociadas a enfermedad, pero no pueden ser considerados en sí mismos como categorías específicas que causen enfermedad.

Las emociones propiamente dichas se refieren a una fase de bloqueo, en donde no hay respuesta alguna por parte del individuo. Si se asumiera que las respuestas reflejas de tipo visceral que sustituyen a los sistemas reactivos adecuados para esa situación producen enfermedad, esto se desmentiría explicando que la reacción visceral es una masa confusa, no tiene función alguna. Por lo tanto la actividad visceral no es generada directamente por algún estímulo específico y no se presentan de manera frecuente. “Si bien algunas reacciones viscerales sistemáticas están vinculadas a daño orgánico, desde una perspectiva psicológica no pueden estudiarse al margen de las condiciones

ambientales que las originan, así como de las experiencias individuales” (Rodríguez, 2008, para. 59).

Las emociones dependen de qué tan capaz es el individuo para relacionarse con determinado tipo de situaciones, si no tiene la capacidad entonces se presenta la fase de bloqueo, es decir, la emoción propiamente dicha. Por lo tanto no sería la emoción la que produciría la enfermedad de manera directa. Las emociones dependen de otros factores psicológicos, los cuales sí podrían tomarse como factores que intervienen (no determinan), pero sí intervienen en el proceso psicológico de salud y no la emoción en sí.

De acuerdo con Ribes (2008) es el comportamiento el que afecta la salud biológica, ya que regula las propiedades funcionales de los agentes del ambiente en su acción sobre el organismo, “las formas particulares en las que un individuo interactúa con dichas contingencias (contingencias ambientales), propicia cambios orgánicos específicos...” (p.28).

Siguiendo a Rodríguez (2008):

La salud es un fenómeno complejo, en lo que respecta a su dimensión psicológica conviene considerar un conjunto de elementos que conforman un proceso que inicia en la historia individual y da como resultado final la conservación de la salud o la presencia de patología biológica (para.60).

El proceso psicológico del que se habla influye en la presentación de conductas instrumentales de riesgo y prevención para la salud que, a su vez, afectan la vulnerabilidad biológica del organismo.

La modulación de los estados biológicos depende de la interacción de tres factores fundamentales: “la historia interactiva del individuo, de las competencias funcionales al interactuar con una situación general determinada y de la modulación de los estados biológicos del organismo por parte de las contingencias ambientales que definen una situación” (Ribes, 2008, p.21-23).

Con lo que se ha expuesto hasta el momento se puede concluir que las emociones y los sentimientos no son lo mismo, ni tampoco son las principales causas psicológicas de la enfermedad. Con respecto a la manera en que el comportamiento afecta la salud biológica, en apartados posteriores se explicará

en qué consiste el modelo psicológico de salud. Se describirá la posibilidad de utilizar el modelo psicológico de salud en la prevención del consumo de drogas en adolescentes, ya que puede ser de gran ayuda el desarrollo de conductas instrumentales de prevención en ese tipo de problemáticas.

Es probable que si el adolescente cuenta con ciertas capacidades instrumentales va a poder disminuir su disposición al consumo y conservar su estado de salud. Por ejemplo, si el alumno tiene disponible información acerca de por qué se tienen que realizar o no ciertas conductas, en este caso por qué no debe consumir drogas, va a estar menos dispuesto a hacerlo y será menos probable que se presente alguna patología biológica.

CAPÍTULO II. DEPENDENCIA AL CONSUMO DE DROGAS: MARIJUANA, INHALABLES, COCAÍNA Y ANFETAMINAS

2.1 Las drogas

El consumo de drogas se ha llevado a cabo desde la Antigüedad, han sido diferentes culturas las que lo han hecho como ritual (ofrendas) ó como una manera de curar algunas enfermedades (actos médicos). A través del tiempo se ha justificado también su consumo como una manera de mejorar el rendimiento del ser humano en los trabajos que implican un mayor esfuerzo (en las guerras).

El consumo de drogas no había sido considerado un problema hasta que a través de diferentes estudios se empezó a conocer que algunas de las sustancias generan dependencia, lo cual posteriormente en la mayoría de los casos puede llevar al abuso de las mismas. Fue así como se empezó a conocer que algunas de ellas producen consecuencias en diferentes aspectos de la vida y en el desarrollo del ser humano.

Las consecuencias pueden ser; daños orgánicos, así como dificultades en sus relaciones sociales, lo cuál implica una disminución brutal en la calidad de vida y en la salud del ser humano. Las repercusiones se presentan por lo tanto a nivel de salud física y social, Lorenzo, Ladero, Leza e Lizasoain (2003), explican que “El fenómeno de la drogadicción sólo ha alcanzado una extraordinaria importancia, por su difusión, consecuencias sociales y sanitarias, en las últimas décadas” (p.3).

Desde siempre se ha considerado que las drogas son aquellas sustancias no alimenticias con propiedades psicoactivas susceptibles de provocar dependencia y adicción. Hoy en día se sabe que además de los opiáceos y cocaína, hay otras sustancias, como alcoholes fermentados, licores, el tabaco y actividades como el juego de apuesta que también se pueden considerar como adictivos.

Para esta investigación sólo se retomarán algunas de las sustancias no alimenticias que producen dependencia o adicción, la marihuana, inhalables, cocaína y anfetaminas. Será de utilidad retomar definiciones de droga, desde el

punto de vista médico y social. En el caso del primer ámbito Aguilera, (2007), propone:

Desde el punto de vista médico, las drogas son aquellas sustancias cuyo consumo puede producir dependencia, estimulación o depresión del sistema nervioso central, o que dan como resultado un trastorno en la función del juicio, del comportamiento o del ánimo de la persona. Una droga es toda sustancia capaz de alterar el organismo y su acción psíquica, ejerciendo sus efectos sobre la conducta, la percepción y la conciencia. (p.28)

Desde un punto de vista social las drogas son consideradas sustancias prohibidas, nocivas para la salud de las cuales se abusa y que en alguna forma producen un daño individual y social.

La Organización Mundial de la Salud en 1969 define fármaco o droga como: “toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de las funciones de éste” (Lorenzo et.al., 2003, p.4). Se entiende por droga toda aquella sustancia que tienen propiedades psicoactivas, entre ellas se encuentran: el alcohol, el tabaco, los opiáceos, etc.

Las sustancias psicoactivas son los fármacos que afectan específicamente las funciones del Sistema Nervioso Central (SNC), compuesto por el cerebro y la médula espinal. Estas sustancias son capaces de inhibir el dolor, modificar el estado anímico o alterar las percepciones.

De acuerdo con Lorenzo et.al., (2003, p.3), el hecho de que los psicoactivos actúen como remedios o como venenos depende de:

- 1) su grado de pureza,
- 2) las dosis y las modalidades de empleo,
- 3) las condiciones de acceso y las pautas culturales de consumo,
- 4) el estado físico, emocional y mental del usuario.

Los mismos psicoactivos pueden resultar benéficos o dañinos, terapéuticos o tóxicos, según quién, cuándo, cuánto, cómo y con qué fin los consuma.

Así mismo en Lorenzo et.al., (2003), se concluye que el término droga se aplica a:

...aquellas sustancias psicoactivas (capaces de alterar o modificar una o varias funciones psíquicas), con acción reforzadora positiva (inducen a las personas que las toman a repetir su autoadministración, por el placer que generan), capaces de generar dependencia psicológica y, también, física, y que ocasionan en muchos casos un grave deterioro psicoorgánico y de conducta social, (el cese en su consumo puede dar lugar a un gran malestar somático y/o psíquico). (p.4)

2.1.1 La diferencia entre el `uso`, `hábito`, `abuso` y `dependencia` de drogas

El hacer la diferencia entre los términos: `uso`, `hábito`, `abuso` y `dependencia` de drogas suele ser difícil, ya que la cultura en la que se pretenda definir lo determina. Para algunas culturas el consumo de determinadas sustancias es totalmente aceptado, mientras el consumo de algunas otras es totalmente rechazado e ilegal, por lo tanto el consumo de esas sustancias aceptadas socialmente se llama `uso`, mientras que aquellas que son rechazadas pueden considerarse como un `abuso`.

Con la palabra **`uso`** se hace referencia a una sustancia que no tiene ninguna significación clínica ni social, este término se refiere solamente al consumo, utilización, al gasto de una sustancia sin que se produzcan efectos médicos, sociales, familiares, etc. Debe entenderse como un consumo aislado, ocasional, episódico, sin tolerancia o dependencia.

Con **`hábito`** se refiere ya a la costumbre de consumir un tipo de sustancia por el hecho de haberse adaptado a los efectos que produce. Empieza a haber un deseo por la sustancia pero sin llegar aún a la exigencia, ni a la tendencia a aumentar la dosis, no se padecen trastornos físicos o psicológicos importantes cuando la sustancia no se puede conseguir, no produce ninguna alteración de la conducta.

El Real Colegio de Psiquiatras Británico define el **`abuso`** como: “cualquier consumo de droga que dañe o amenace con dañar la salud física o mental, o el bienestar social de un individuo, de diversos individuos o de la sociedad en general” (Lorenzo et.al., 2003, p.5). Esto quiere decir que ese consumo no es adecuado por la cantidad, la frecuencia y la finalidad con la que se ha llevado a cabo.

2.1.2 La `dependencia´ a las drogas y el Síndrome de Abstinencia

La OMS definió en 1969 a la `dependencia´ como: “síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes” (Lorenzo et.al., 2003, p. 8).

La Organización Mundial de la Salud entiende por fármacodependencia al estado psíquico y a veces físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y una droga, que se caracteriza por cambios en el comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar la droga en forma continuada o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación.

La **dependencia física** es la alteración del estado fisiológico que se produce ante la exposición repetida de ciertas drogas y que provoca la necesidad de seguir consumiéndola con el fin de prevenir la aparición de un síndrome de abstinencia. Esta alteración supone el desarrollo de cambios biológicos en los que dichas drogas se integran de alguna manera al funcionamiento habitual del cerebro. Por ello se le conoce también como neuroadaptación. De acuerdo con Elizondo, (2004), “adicción quiere decir que el individuo se va habituando a su consumo, el cerebro se va adaptando metabólicamente a los efectos de la droga, hasta que se desarrolla una dependencia psíquica y física a la misma” (p.1).

La dependencia física es característica de las sustancias depresógenas (alcohol, opiáceos, hipnóticos, sedantes), menos marcada entre las drogas estimulantes (anfetaminas y derivados, cocaína y nicotina) y apenas perceptible en el consumo de alucinógenos. Con respecto a esto ha habido confusiones, ya que al ser menos marcada la dependencia en algunos estimulantes y alucinógenos se cae en la falsa idea de que al consumir aquellas drogas no se presentan los síntomas característicos del síndrome de abstinencia.

Es importante saber que por ejemplo; la cocaína es capaz de generar un síndrome de abstinencia cuando se deja de consumir. Tal vez los síntomas no son igual entre las drogas, depende del tipo de droga y por supuesto la cantidad, así como el tipo de organismo al que se administra.

La dependencia física es la necesidad de seguir manteniendo ciertos niveles de un tipo de droga en el organismo, el cual produce un vínculo entre la droga y organismo. Este tipo de dependencia tiene dos componentes importantes:

El **Síndrome de Abstinencia** es la respuesta física de un organismo ante la retirada abrupta del suministro de ciertos fármacos. La intensidad de esta respuesta puede variar dependiendo tanto del grado de habituación, como de las características de la droga. La presencia o ausencia de un síndrome abstinencial es el mejor indicativo para determinar si una droga genera o no dependencia física, ya que no todas la producen. Hay algunas que sólo generan lo que se conoce como dependencia psicológica.

El Síndrome de Abstinencia se caracteriza por una serie de signos y síntomas físicos y psicológicos, los cuales se presentan de acuerdo al tipo de droga y disminuyen o desaparecen administrando de nuevo la droga.

Las drogas pueden generar **tolerancia** en los consumidores, esto de acuerdo con Macià, (1999), “es un estado de adaptación que se caracteriza por una disminución de la respuesta a la misma dosis de droga o por el hecho de que para producir el mismo grado de efecto farmacodinámico, es necesario una dosis mayor” (p.31-32). Siguiendo con esto, se encuentra también la llamada tolerancia cruzada, se refiere a un fenómeno en el que el sujeto toma un tipo de droga y se da no sólo la tolerancia a esa droga, sino también a otra del mismo tipo o equivalente.

La tolerancia se caracteriza por una disminución gradual del efecto de un fármaco tras la administración repetida de la misma dosis, lo que obliga a incrementar ésta para obtener el efecto inicial.

La **dependencia psicológica** significa que un individuo ya no puede sentirse confortable o relajado sin el consumo de una droga. Este mecanismo tiene poco o nada que ver con el cuerpo, pero mucho con los sentimientos de temor,

dolor, vergüenza, culpa, soledad, ansiedad, etc. En estos casos la droga se usa para olvidar los problemas que deberían ser resueltos.

Se ha definido la dependencia psicológica como una situación en la que hay un sentimiento de satisfacción que requiere la administración regular y continuada de la droga para producir placer o evitar malestar. Se trata, pues, de un deseo excesivamente fuerte del agradable estado emocional buscado y producido por las drogas.

El que una persona llegue a ser dependientes de una droga estará en función de la interacción de tres factores:

1. Características personales o experiencia anterior del sujeto.
2. Naturaleza del medio sociocultural general y del más inmediato en el que se encuentre inmerso el sujeto.
3. Características farmacodinámicas de la droga en cuestión, teniendo en cuenta la cantidad utilizada, la frecuencia del uso y la vía de administración.

La Farmacodinámica se refiere a los efectos bioquímicos y fisiológicos de las drogas, así como el de sus mecanismos de acción. Puede entenderse, entonces, que es el efecto que el fármaco produce. En general, los fármacos no son capaces de crear funciones en el organismo, sino que modulan las ya existentes.

Se entiende que el concepto de dependencia va necesariamente ligado a unas acciones farmacológicas y el concepto de integración entre los efectos del producto y la vida personal y social de la persona que lo utiliza. La dependencia es entonces una situación compleja en la cual la estructura social en la que está inmerso el sujeto, las relaciones grupales y la exposición del producto por intereses económicos, forman una madeja que expresa las dificultades de comportamiento.

La dependencia origina no sólo una conducta de búsqueda, sino también cambios en las relaciones con sus familias, su mundo social y profesional, cambios de tal magnitud que van a influir en la forma en que es vivida la supresión del producto. Se explica en Macià, (1999), que:

Pareciera entonces más adecuado hablar de dependencia comportamental, puesto que factores de interacción personal y sociales son los que determinan la conducta del dependiente. Al hablar de dependencia comportamental reconoceríamos, por una parte la importancia de los factores biológicos, así como la manera en que el aprendizaje se ha plasmado en el organismo, por lo que éste cuenta con un determinado repertorio de conductas, producto de su historia de refuerzos; reconoceríamos la importancia de los factores conductuales: motores, cognitivos y óréticos y, por último, los sociales y/o microsociales. (p.33)

La magnitud del problema de las drogas depende pues de la interacción de una serie de factores individuales, microsociales y macrosociales que en apartados posteriores se describirán de manera detallada. Por el momento, se concluye que el grado de peligrosidad de una droga depende de la producción de los siguientes efectos en la persona que la consume (la droga que produzca todos los efectos es la que tiene mayor grado de peligrosidad):

- a) Dependencia física: Síndrome de abstinencia y tolerancia.
- b) Dependencia psicológica.
- c) Daño al organismo.

Antes de pasar a la descripción de los tipos de drogas me parece conveniente definir lo que se entiende por consumo de drogas. En Aguilera, (2007), “el termino consumo de drogas o consumo de sustancias nocivas es el nombre genérico que se ha encontrado en la literatura para hacer referencia al consumo de alcohol, tabaco, inhalantes, otras drogas y fármacos” (p.28).

Es importante para la comprensión del problema de la droga establecer una clasificación precisa que identifique las formas en que una persona entra en relación con las mismas. Así es que se debe considerar o clasificar a las personas en su posible relación con las drogas en cinco grupos:

- a) Abstinentes: No han tenido relación con la sustancia, no habiéndola utilizado en ninguna ocasión para ninguna finalidad.
- b) Usuarios experimentales o causales. Personas que sólo en una ocasión han experimentado la droga y que tras esa única experiencia no han

vuelto a consumirla. Aquí podrían incluirse las personas que con fines médicos y bajo estricto control han consumido una droga durante un período muy limitado de tiempo.

- c) Usuarios ocasionales. Personas que consumen sólo de cuando en cuando alguna sustancia, sin que aparezca ningún síntoma de tolerancia a las mismas.
- d) Usuarios habituales. Utilizan la droga con relativa frecuencia, apareciendo los síntomas de tolerancia, generándose comportamientos tendentes a la continuidad del uso, si bien no se presenta el síndrome de dependencia en su totalidad. En estas personas puede observarse ya un detrimento de su funcionamiento personal.
- e) Drogodependientes. Personas que hacen uso muy frecuente de la droga. Este uso prolongado y frecuente conduce al síndrome de dependencia, manifestándose claramente la tolerancia y el síndrome de abstinencia.

2.1.3 Clasificación y tipo de drogas

En el apartado anterior ya se definió lo que son las drogas y en general lo que es la dependencia. Es evidente ante la descripción de ese apartado que las características de la fármacodependencia difieren también según el tipo de droga. Por lo que considero necesario describir los tipos de droga que se abordarán en este trabajo y los criterios de su posible clasificación.

La clasificación que se ha hecho de las drogas ha sido de distintas maneras, ya sea por los efectos, origen, legalidad, etc., Geary (citado por Talavera, 2005), lo explica de la siguiente manera:

Geary (1987) reporta que existen diferentes y numerosas clasificaciones de las drogas dependiendo de lo que se considere para incluirlas en un grupo u otro, pudiéndose clasificar por su origen, uso médico, legalidad, composición química, efectos físicos, riesgos, valor terapéutico, dependencia, tolerancia, efectos en el sistema nervioso central, etc. Geary considera que para posibilitar su comprensión y con fines didácticos, la clasificación que ha resultado más útil y funcional es la que agrupa a las drogas o fármacos de acuerdo a sus efectos en el sistema nervioso central, los cuales

pueden ser de dos tipos: aceleración, excitación o estimulación y retraso, depresión o inhibición. (p.28)

A la hora de utilizar una clasificación nos encontramos con varios problemas, ya que existen una gran cantidad de clasificaciones. Esto debido a que es un tema abordado por muchas disciplinas con puntos de vista diferentes, así también por la propia dinámica del saber científico, muchas son parciales o insuficiente, son los distintos objetivos y criterios los que hacen que se multipliquen las clasificaciones. Según Macià (1999, p.42), las drogas se clasifican de acuerdo a los siguientes criterios:

- a) Su origen: naturales y sintéticas
- b) Atendiendo a su estructura química
- c) Según su acción farmacológica
- d) Atendiendo a las manifestaciones que se producen en el comportamiento de los sujetos
- e) Según consideraciones legales y/o sociológicas

La Organización Mundial de la Salud ha confeccionado también una clasificación; ordena las drogas según su peligrosidad:

Tabla 2. Clasificación de las drogas según su peligrosidad.

Más peligrosidad	Menos peligrosidad
Las que crean dependencia física	Las que crean sólo dependencia psíquica
Las que crean dependencia con mayor rapidez	Las que crean la dependencia con menor rapidez
Las que poseen mayor toxicidad	Las que poseen menor toxicidad

Fuente: Elaboración propia con base en: <http://www.las-drogas.com/>

Grupo 1º: Opio y derivados: morfina, heroína, metadona, etc.

Grupo 2º: Barbitúricos y alcohol

Grupo 3º: Coca-cocaína, anfetaminas y derivados.

Grupo 4º: LSD, cannabis y derivados, mescalina, etc. (Macià, A.D., 1999, p.44).

Entendiendo que todas son peligrosas, las primeras serían muy peligrosas y las del grupo cuarto menos peligrosas.

2.2 Mariguana, Inhalables, Cocaína y Anfetaminas: efectos sobre el comportamiento y consecuencias en la salud del consumidor

De acuerdo con las clasificaciones descritas en el apartado anterior la mariguana, inhalables, cocaína y anfetaminas pertenecen a categorías distintas. Posiblemente las dos últimas sustancias podrían ser clasificadas en el mismo nivel, considerando como criterio su efecto de estimulación del SNC. Ahora bien, es posible que en este momento surja la pregunta del por qué describir sólo esos cuatro tipos de drogas y sus efectos, en este apartado se justificará de manera específica.

Las cuatro drogas se seleccionaron teniendo como primer criterio aquellas que presentan un mayor nivel de consumo en la población mexicana en general, el segundo criterio es la edad en la que se inicia el consumo de estas sustancias, tomando como sustento, los resultados obtenidos en las tres últimas aplicaciones de la ENA. En éste punto también se explicará el por qué de la propuesta preventiva dirigida específicamente a adolescentes.

La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA):

Es el resultado de un esfuerzo conjunto entre la Secretaría de Salud (SS), y el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) con el propósito de generar información epidemiológica que facilite el estudio del consumo del tabaco, alcohol y otras drogas, y permita conocer la magnitud del problema. Tiene como principal objetivo obtener información sobre las características del uso de diversas sustancias entre la población de 12 a 65 años a nivel nacional. En 1974 se levantó la Encuesta sobre Adicciones, siendo el antecedente más temprano de la ENA, además, la SS ha realizado encuestas similares cada cinco años desde 1988. (INEGI, 2011, para. 1, 2 y 3)

A continuación se presentarán algunos datos obtenidos en la ENA (1998, 2002, y 2008), los cuales permitirán justificar la selección de los cuatro tipos de droga para esta investigación y el motivo de selección de adolescentes.

En la ENA 1998 se obtuvo que la marihuana es la principal droga consumida en todos los grupos de edad y en ambos sexos, su uso es tres veces mayor que el de la cocaína. Esta última ocupa el segundo lugar de importancia en ambos sexos, “excepto entre los individuos de 12 a 17 años, que consumieron esa droga en proporciones similares a los inhalables” (ENA, 1998, Sección: Consumo alguna vez por tipo de droga, edad y sexo).

La ENA 2002 reportó que la droga de mayor consumo, sin considerar al tabaco o al alcohol, es la marihuana. La cocaína ocupa el segundo lugar en las preferencias de la población, por cada 4 hombres que la consumen hay una mujer. Después de la marihuana y la cocaína, siguen en orden de preferencia, los inhalables y los estimulantes de tipo anfetamínico. “En el grupo de 12 a 17 años, el índice de consumo de inhalables es ligeramente superior al de cocaína” (ENA, 2002, p.21).

La edad más frecuente para iniciar el uso de inhalables son los 14 años, la marihuana muestra la máxima elevación alrededor de los 15 años, y la cocaína a los 16. Se inicia la experimentación con estimulantes tipo anfetamínico entre los 14 y 16 años. (ENA, 2002, p.22)

Al justificar la selección de la etapa adolescente en la ENA 2002 se encuentra que:

Más de 200 mil adolescentes entre 12 y 17 años (215,634) han usado drogas... Para los adolescentes, la edad promedio de inicio fue cerca de los 14 años. Sin considerar al tabaco y al alcohol, la primera droga de uso fue la marihuana, seguida de los inhalables y en tercer lugar la cocaína. (p.25)

En los resultados de la ENA 2008 se obtuvo que “el consumo de las drogas ilegales (marihuana, cocaína y sus derivados, heroína, metanfetaminas, alucinógenos, inhalables y otras drogas) aumentó de 4.6 a 5.2%”; (Sección:

¿Cuál es el problema al que nos enfrentamos?, Tendencias 2002-2008, para.1).

La marihuana y la cocaína son las sustancias preferidas por la población en general, “el consumo de la primera aumentó de 3.5 a 4.2%; el aumento en el consumo de la segunda fue mayor: pasó de 1.2% en 2002 a 2.4% en 2008, es decir, que se duplicó entre ambas mediciones” (ENA, 2008, Sección: ¿Cuál es el problema al que nos enfrentamos?, Tendencias 2002-2008, para. 3). “Los inhalables, que habían mostrado una tendencia hacia el decremento, vuelven a repuntar” (ENA, 2008, Sección: ¿Cuál es el problema al que nos enfrentamos?, Tendencias 2002-2008 para. 5).

Con base en la edad de inicio, se encontraron dos grupos de drogas: aquéllas con un inicio más temprano (anterior a los 18 años) y aquéllas con un inicio en la edad adulta. “En el primer grupo se encuentran los sedantes (50.9% de quienes informaron haber usado estos medicamentos fuera de prescripción médica lo hicieron por primera vez en la adolescencia), la marihuana (55.7%), los **inhalables (63.3%)**, y las metanfetaminas (46.5%)”. (ENA, 2008, Sección: Edad de inicio, para.3).

En los resultados antes descritos se puede observar como constante el consumo en mayor medida de la marihuana, cocaína, inhalables y anfetaminas, además el inicio en el consumo de este tipo de sustancias se inicia entre los 14 y 16 años de edad, siendo cada vez menor la edad de inicio. Los estudios han demostrado que en población específicamente adolescente las cuatro mismas sustancias son las de mayor índice de consumo.

Al repetirse en las tres encuestas el mayor índice de consumo en marihuana, cocaína, inhalables y anfetaminas, al confirmar que estas cuatro sustancias son comunes en el consumo de los adolescentes y su inicio con ellas, es importante considerarlas en la investigación para diseñar la prevención. Por lo tanto se deberá hacer mayor énfasis respecto a sus efectos y consecuencias.

Al ser la adolescencia la etapa en la que se inicia el consumo de las cuatro sustancias, es evidente la necesidad de reforzar las medidas preventivas en esa población para disminuir la disposición al consumo. Por ello a continuación se describen las principales características, efectos y consecuencias de las

cuatro drogas que se retoman en la intervención preventiva con los estudiantes de secundaria.

En esa intervención se tiene como meta disminuir la disposición al consumo de este tipo de drogas a través de la información sobre las consecuencias que tienen en la salud (en su dimensión biomédica, sociocultural y psicológica), por lo que es necesario conocer a través de la descripción que a continuación se realiza, las principales características de cada droga que se darán a conocer en la plática informativa.

2.2.1 Drogas del tipo de la cannabis

La planta del cáñamo (*Cannabis sativa*) tiene dos compuestos que son psicoactivos: el 9THC (THC=tetrahidrocannabinol).

En Lorenzo et.al., (2003), se describe que esta droga se puede presentar en las siguientes formas:

- Aceite de cannabis (aceite). Es la principal fuente de los principios activos. Es secretada por las brácteas y las terminaciones de los tallos y también cubre las flores.
- Marihuana (grifa, maría, hierba). Es la preparación seca y triturada de flores, hojas y tallos de pequeño tamaño. Generalmente se fuma o mezcla con tabaco.
- Hachís (chocolate, costo, goma). Es un término árabe. Se trata de un exudado resinoso que una vez prensado se presenta en forma de pastillas para su consumo en forma de cigarrillo, mezclado con picadura de tabaco (porro, canuto, petardo). (p.269)

Las vías de administración más utilizadas en el humano son la ingestión y la inhalación. Siendo la inhalación la de mayor difusión en nuestro medio y la que consigue que se produzcan los efectos más rápidamente.

Para que la ingestión llegue a producir los mismos efectos que la inhalación, la dosis debe ser de tres a cinco veces mayor. Para la vía de administración oral, suele mezclarse con alimentos o bebidas o en cápsulas de gelatina.

Los efectos subjetivos también son inmediatos, alcanzando un máximo de 20-30 minutos de la administración y pudiendo durar 2-3 horas. Se excreta por heces y orina durante mucho tiempo (entre una semana y un mes).

El cannabis es un alucinógeno: altera la forma en que se ven y oyen las cosas. Produce alteraciones en la percepción generalizada, la atención se focaliza a algo muy específico. No puede ver todo, sólo ve un detalle del todo. Se altera la percepción del tiempo: todo parece transcurrir más lentamente.

Cuando se inhala profundamente, el THC llega al cerebro en minutos. Aquí desencadena un conjunto de sensaciones placenteras de ensoñación y sosiego: el llamado “colocón”.

Modifica los sentidos, los sentimientos y las emociones, así como su memoria y su juicio. Parece oír más claramente, los colores son más brillantes y el gusto y el tacto se intensifican. Afecta también el equilibrio y al movimiento, su cuerpo se afloja, sus efectos duran sobre una hora. La alteración de los sentidos hace más probable la posibilidad de sufrir accidentes, sobre todo automovilísticos.

El consumo por largos periodos produce que los ojos permanezcan rojos de manera crónica y si se llega al abuso es posible que la luz empiece a lastimar la vista. Los efectos terminan con sequedad de la boca, sed y aumento del apetito (con una predilección especial por los dulces), un estado de actividad disminuida, somnolencia y mayor apetito.

Los efectos conductuales producidos por el cannabis dependen de la dosis, interviniendo también el medio en el que se consume, la vía de administración y la experiencia-expectativas del sujeto consumidor. Mucha gente que prueba el cannabis o hachís repite sólo unas cuantas veces. Otros, desean consumirlo de manera continua. Se convierte en un hábito, “las que consumen cannabis o hachís durante mucho tiempo pueden sentir que son incapaces de disfrutar la vida sin él” (Amos, 2004, p.15).

En general, con el consumo de esta sustancia se presenta euforia, cambios perceptivos significativos, como distorsiones visuales y auditivas, desorientación temporal y disminución de la memoria inmediata. Si se consume en compañía se tiende a la locuacidad y a la risa espontánea.

Al momento de consumir cannabis en cualquiera de sus formas, si la persona se encuentra preocupada o deprimida puede ponerse nerviosa y sufrir mayor ansiedad después de fumar, llegan a tener tal pánico que no pueden moverse ni hablar. Y si se encuentran alegres, de fiesta y con amigos, el fumar puede lograr una mayor euforia. En Amos, (2004), se explica que: “El hachís no siempre te pone locuaz y amistoso: a menudo intensifica el estado de ánimo con que se fuma” (p.13), a esto es lo que se le llama “subidas y bajadas”.

Los refuerzos (positivos o negativos) contribuyen al aprendizaje y mantenimiento de las conductas preparatorias (de acercamiento) y consumatorias. Tras la ingestión de la droga se producen efectos subjetivos que constituyen lo que se conoce como el high, rush o subidón de las drogas de abuso, esto produce un refuerzo positivo.

Pues bien, la distribución de los receptores cannabinoides (CB1) coincide en aquellas áreas directamente implicadas en los fenómenos de recompensa cerebral. Esto quiere decir que si los efectos del consumo son satisfactorios para la persona, si cumple con sus expectativas, entonces funcionará como un reforzador positivo, aumentando la probabilidad de consumo durante períodos largos e incluso de abuso.

La fármacodependencia del cannabis se caracteriza por:

- a) Dependencia psicológica de moderada a fuerte.
- b) Dependencia física pequeña o nula.
- c) No aparece síndrome de abstinencia.
- d) Aparece cierto grado de tolerancia asociado al uso intenso.

Se le considera una droga poco peligrosa por sus efectos sobre el organismo, el consumo habitual produce confusión y dificultad en la memorización de tareas sencillas. Disminuye la capacidad de atención a situaciones generales. Se retoman en Lorenzo et.al., (2003), los resultados en los que:

El THC dificulta el aprendizaje en experimentos llevados a cabo con roedores. En humanos puede producir alteraciones cuantificables en tests psicológicos y a la dosis a que aparecen alteraciones en los tests de conducta, se comprueba que se origina

confusión y dificultad de la memorización de tareas sencillas. Además, se produce interrupción de la continuidad del discurso (lagunas) y lenguaje monótono. (p.279)

A veces se sufren problemas respiratorios y dolores en el pecho, y el uso prolongado de tabaco con cannabis puede producir cáncer de pulmón.

El empleo ocasional de dosis bajas de cannabis no induce tolerancia, aunque el uso continuado de dosis elevadas sí lo hace, especialmente en lo que se refiere a los efectos orgánicos (cardiovasculares y autonómicos, sobre todo) y, en menor medida, a los conductuales.

Se relaciona con el desarrollo de bronquitis, laringitis y asma. También se ha demostrado una alta incidencia de bronconeumopatías crónicas en individuos que fuman cannabinoides durante largos períodos de tiempo.

Aunque en una primera fase estos compuestos aumentan el interés sexual, en fumadores crónicos se demuestra una disminución de la libido. En mujeres, ciclos anovulatorios (cese del ciclo menstrual por inhibición de la ovulación), y en varones anomalías estructurales y/o en la movilidad de los espermatozoides y oligospermia (conteo bajo de espermias).

Este tipo de droga no puede ser satanizada por sus consecuencias negativas ya que hay excepciones en las que la marihuana tiene beneficios médicos. Se utiliza bajo prescripción médica en casos como: cáncer, sida, esclerosis múltiple, artritis, etc.

2.2.2 Inhalantes

Es un depresor del Sistema Nervioso Central, comprende tanto gases como compuestos orgánicos líquidos y muy volátiles. Pertenecen a las categorías químicas de hidrocarburos alifáticos, aromáticos, derivados halogenados, acetonas, éteres, alcoholes, ésteres y glicoles, gasolina, soluciones limpiadoras y quitamanchas, disolventes de pinturas, colas y pegamentos, etc. “Estas sustancias son depresoras del Sistema Nervioso Central y producen efectos parecidos a los del alcohol: euforia, regocijo, sensación de grandiosidad, delirio, alucinaciones y pérdida del autodomínio” (Maciá, 1999, p.41).

En principio estimulan el Sistema Nervioso, provocan euforia, pero después la acción va acompañada de dolor de cabeza, vómitos e irritación de la piel.

“Tienen un efecto muy rápido: aturdimiento, somnolencia, vértigos, sensación de estar en un sueño, etcétera” (Gaudet, 2004, p.36). En general alenta y entorpece la actividad.

Existe la probabilidad de muerte repentina en el primer contacto con la droga, “Si se inhala droga intensamente, en breve tiempo se puede producir la muerte súbita, precedida de pérdida de conocimiento, o descontrol agresivo” (Pack, 2002, p. 36).

Produce daño neurológico irreversible, una consecuencia de ello es el deterioro intelectual, el cual aumenta la probabilidad de obtener peores resultados académicos y abandonar las actividades escolares. “Después de determinado tiempo de consumo comienzan las alteraciones a nivel cognoscitivo con percepciones distorsionadas, especialmente auditivas y visuales, desorientación en tiempo y espacio, pérdida de coordinación motora y alteraciones en la forma de hablar” (Nató y Rodríguez, 2001, p.45-46).

El consumo por largos periodos produce lesiones en órganos como el corazón, pulmones, oídos, ojos, etc. “Se han comprobado casos de ceguera total por lesiones en el nervio óptico” (Nató, y Rodríguez, 2001, p.45-46). De acuerdo con Pack (2002): “Los consumidores crónicos presentan daños en casi todos los órganos, como el hígado, la médula ósea, los huesos y los riñones” (p. 36).

Todos estos síntomas varían mucho en función del producto y la dosis. La duración del efecto también está relacionada con el tiempo a que se está expuesto a la sustancia (una inhalación breve creará menos efecto que 10 consecutivas).

Su abuso origina uno de los problemas más importantes de la farmacodependencia en México, ya que los consumen principalmente los niños y jóvenes entre 6 y 14 años de edad. Su uso se ha extendido entre niños y adolescentes porque pueden conseguirlos fácilmente, pues se encuentran en productos de limpieza, cementos para aerodelismo, lacas, diluyentes, alcoholes, cetonas, etc. Lo más común es la inhalación.

A diferencia de las otras drogas, con ésta las personas que se encuentran cerca de un consumidor se pueden hacer adictas, ya que sin la intención de

hacerlo está inhalando droga. Cuando alguien frecuentemente está con personas mientras inhalan thinner o pvc, se puede hacer adicto.

Producen tolerancia, lo que ocasiona que los consumidores después de algunos meses aumenten dos veces o más la cantidad inicial a fin de alcanzar el efecto logrado durante las primeras experiencias.

Las características de la fármacodependencia son:

- a) Algunas sustancias pueden producir dependencia psicológica de diversos grados.
- b) No hay evidencia de dependencia física, aunque algunos investigadores la mantienen.
- c) Se ha demostrado el fenómeno de tolerancia para los efectos depresores del SNC. En el caso de la cola, ésta se presenta a las tres semanas.

2.2.3 Cocaína

Alcaloide contenido en las hojas del arbusto *Erythroxylum coca*. Químicamente es un derivado de la tropina: la benzoilmetil-ecgo-nina. Es un potente estimulante cerebral, provoca sensaciones de gran fuerza muscular y viveza mental. Es capaz, en altas dosis, de provocar una excitación eufórica y experiencias alucinatorias. Produce un efecto despertados de la actividad general del organismo.

La cocaína es un potente estimulante del SNC, aunque sus efectos como tal, dependen de factores como: tipo de consumidor, ambiente, dosis y vía de administración.

Las dosis moderadas de cocaína producen elevación del estado de ánimo, sensación de mayor energía y lucidez, disminución del apetito, insomnio, mayor rendimiento en realización de tareas, disminución de la sensación de fatiga, hiperactividad motora, verbal o ideativa. Es necesario aclarar que lo que produce es sólo una sensación, no es que la droga aumente la energía o fuerza. De acuerdo a lo que se explica en Lorenzo et.al., (2003), esto quiere decir que:

...no existe un aumento de capacidad física o mental alguna, ni se adquiere un mayor conocimiento y, por tanto, podemos decir que la omnipotencia del cocainómano es sólo ilusoria. Malinterpretan el aumento de su confianza, la autopercepción de control y la disminución de sus inhibiciones como señales de mayor agudeza mental y/o física.
(p.199)

Ya que pasan esta serie de efectos, aparece un período de cansancio, fatiga y disforia, más pronunciadas cuanto más rápidos e intensos son los efectos producidos por la cocaína. Lo que explica el profundo cansancio es que al tener la sensación de mayor energía, el consumidor esfuerza su cuerpo más de lo que comúnmente puede rendir, lo pone al límite. Después que pasan los efectos generalmente aparece el deseo de droga (craving). Estos efectos son resultado de la inhibición de la recaptación de dopamina.

La administración de cocaína por vía endovenosa da lugar a una sensación de "flash", intensamente placentera y descrita como sensación análoga al orgasmo sexual. Ésta es la droga que por sus efectos sobre la conducta tiene mayor capacidad de recompensa o refuerzo positivo; y esto ocurre tanto en experimentación animal como por observaciones en la especie humana.

También se han descrito en los consumidores algunas alteraciones como por ejemplo:

De la percepción, alteraciones de la capacidad crítica y discriminativa (decisiones erróneas), pseudoalucinaciones táctiles (bichos de cocaína en la piel, arena deslizándose debajo de la piel, etc.) auditivas (de sentimientos de autoreferencia con contenidos de crítica y de reproche que le llevan a situaciones de temor incontrolable) y visuales (copos de nieve brillantes o coloreados que son muy apreciados por los consumidores), conductas estereotipadas, bruxismo (hábito involuntario de apretar o rechinar las estructuras dentales sin propósitos funcionales), y movimientos compulsivos. (Lorenzo et.al., 2003, p. 171)

Existen diferentes formas de abuso de la cocaína que determinan las vías de administración de esta droga. En nuestro medio la cocaína se utiliza por vía

intranasal (esnifada) o por vía pulmonar (fumada), y también se usa por vía parenteral (intravenoso).

Las formas de abuso de cocaína determinan el grado de adicción de la droga. La cocaína se presenta fundamentalmente de las siguientes formas:

Hojas de coca. La absorción es muy variable dependiendo, fundamentalmente del contenido de las hojas y de la preparación usada. Se absorbe fundamentalmente por la mucosa oral (mascada).

Pasta de coca. Es el producto bruto o no refinado que resulta del primer proceso de extracción de la cocaína a partir de las hojas de coca. Se administra por vía pulmonar (fumada).

Clorhidrato de cocaína. Es la sal de la cocaína formada con ácido clorhídrico. Se presenta en forma de cristales escamosos blancos, más o menos adulterada, se administra por vía intranasal (esnifada) o por vía parenteral (inyectada por vía venosa).

Cocaína base (crack o rock). Se obtiene mezclando el clorhidrato de cocaína con una solución básica (amoníaco, hidróxido de sodio o bicarbonato sódico), luego se filtra el precipitado o se disuelve con éter y se deja que éste se evapore. Se difunde muy rápidamente de pulmones a cerebro; sus efectos son inmediatos. Produce una dependencia psicológica tan esclavizante que resulta casi imposible abandonar su consumo a aquellos adictos que lo han probado varias veces (Lorenzo et.al., 2003, p.164).

La cantidad de cocaína que se absorbe por administración oral y esnifada es más lenta que fumándola y por vía intravenosa, estas dos últimas son mucho más rápidas.

La farmacodependencia se presenta del modo:

- a) Dependencia psicológica muy intensa.
- b) Dependencia física.
- c) El síndrome de abstinencia se manifiesta con ansiedad, náuseas, temblores, cansancio y síntomas depresivos.
- d) Falta de tolerancia.

Este punto está en duda, ya que la mayoría de los consumidores reconocen que necesitan aumentar progresivamente la dosis, la frecuencia y/o cambiar la vía de administración para conseguir efectos similares a los obtenidos con anterioridad a dosis menores. Se ha observado tolerancia a algunos efectos centrales de la cocaína, y muchos cocainómanos refieren que necesitan aumentar la dosis para conseguir los mismos efectos subjetivos de refuerzo positivo (euforia y elevación del estado de ánimo).

e) Fuerte tendencia a continuar la administración

Los consumidores de cocaína se sienten seguros ya que durante bastante tiempo las ingestas que realizan de la droga no parecen repercutirles a nivel orgánico, ni psicológico, y tampoco se ven alteradas las relaciones sociofamiliares y laborales. Pero esto no se trata más que de un período llamado de silencio clínico, este tiempo de espera se está acortando como consecuencia en los cambios de la vía de administración, por lo que no tiene que pasar mucho tiempo para que se empiecen a presentar los daños.

Entre esos daños en el organismo están: las hemorragias cerebrales, convulsiones, perforación del tabique nasal. También está la pérdida de peso, irritabilidad, suspicacia, insomnio, episodios de ansiedad, depresiones matinales. Estas consecuencias son más severas y precoces con la cocaína fumada o inhalada en forma de vapores. También aumentan cuando la cocaína es adulterada, cuando la rebajan con vidrio molido, cloro en polvo, raticida, etc.

El consumo habitual produce dificultades, confusión y deterioro en la memoria, en la capacidad de atención, en la capacidad para concentrarse, cuadros de confusión y la pérdida de coordinación motora, ésta última por afectación de la provisión de acetilcolina. La falta de coordinación motora puede aumentar la probabilidad de sufrir accidentes y cometer actos delictivos para conseguir la droga.

Existen otra serie de consecuencias o daños en el consumidor, como las crisis de pánico. Estas en un primer momento sólo ocurren como efecto directo del consumo de la droga, más tarde tienen lugar de forma espontánea, es decir, sin la presencia de la sustancia, debiéndose diagnosticar un trastorno de ansiedad primario.

También se desarrollan disfunciones como la impotencia, la frigidez sexual y pérdida de interés sexual, por lo que la sustancia termina sustituyendo a la pareja. A largo plazo este efecto altera las relaciones afectivas de las personas, teniendo como final consecuencia una ruptura de vínculos interpersonales.

2.2.4 Anfetaminas

Son compuestos sintéticos, derivados químicamente de la efedrina, alcaloide natural de las plantas del género Ephedra. Tiene propiedades euforizantes al estimular el Sistema Nervioso Central contrarrestando los efectos depresores.

La anfetamina se toma por vía oral o por vía endovenosa, para lo cual se utilizan las tabletas disueltas o la metanfetamina cristalizada en laboratorios ilícitos. Tras la administración intravenosa los sujetos refieren gran aumento de la fuerza física y un aumento de la capacidad psíquica, no sintiendo necesidad ni de comer ni de dormir, "... origina en el individuo una falta de sueño, menor sensación de fatiga, sensación de bienestar, confianza, autosatisfacción, autoestima y una disposición de ánimo más elevada" (Lorenzo et.al., p.208). En las anfetaminas sucede lo mismo que con la cocaína, no es que aumente la energía y fuerza, simplemente se tiene la sensación, y lo que sucede es que se hace un mayor esfuerzo para realizar las actividades.

La sensación de mayor energía, de grandiosidad y el deterioro de la capacidad de juicio producido por el consumo habitual de anfetaminas, hacen más probable la reacción agresiva o violenta ante situaciones que así lo demandan. "La gran sobreactividad provocada por las anfetaminas, la exaltación de la personalidad y las ideas de persecución más o menos fundadas, los llevan a cometer actos delictivos" (Borrego, s.a., p.7).

Después de la fuerte exaltación y euforia, sigue un excesivo agotamiento, pueden pasar horas durmiendo. El consumo habitual produce déficit en la memoria y dificultad de concentración. También producen el efecto de pérdida de hambre, por lo tanto; la ingestión continuada de la sustancia produce desnutrición. Borrego, (s.a), explica la desnutrición por consumo de anfetaminas de la siguiente manera:

El efecto de las anfetaminas sobre el sistema límbico y el hipotálamo parece ser responsable de muchos de los síntomas de aceleración, incluida la pérdida de

apetito...En experiencias largas es bastante común una gran pérdida de peso. A menudo se observan síntomas de desnutrición como abscesos, úlceras y uñas quebradizas en los consumidores. (p.4)

El consumo de anfetaminas se lleva a cabo buscando un aumento de la actividad, sensación de mayor energía y euforia. En muchos casos el contacto con esta sustancia se realiza en época de exámenes al ser utilizada para aumentar la capacidad de concentración y evitar el cansancio y el sueño. Lo que se logra es suprimir la sensación de fatiga, siendo errónea la idea de aumento en la capacidad de concentración o aumento de la inteligencia. “Aunque se ha demostrado que las anfetaminas calman la sensación de fatiga y ayudan a combatir el sueño, no han comprobado ser capaces de aumentar el desempeño mental de un sujeto descansado y sin fatiga” (Borrego, s.a., p. 3).

En Lorenzo et.al, (2003), se presenta un ejemplo para desmentir el aumento de capacidad de concentración o inteligencia:

La administración de anfetamina a distintos grupos de estudiantes mejora los resultados de los tests cuando lo que se mide es la velocidad de la respuesta; los estudiantes que realizan los tests bajo los efectos de anfetamina contestan mayor número de respuestas, pero también cometen mayor número de errores. (p.208).

Este tipo de sustancias no mejoran la calidad de vida del consumidor, al contrario, van deteriorando la salud y la habituación es muy fácil. “Otro peligro del uso de las anfetaminas es la ocultación de los síntomas de fatiga, esto puede hacer al sujeto esforzarse más de lo recomendable; el resultado de esto puede ser un colapso respiratorio” (Borrego, s.a, p.3).

Las características de la fármacodependencia son:

- a) Dependencia psicológica variable, pero a veces intensa.
- b) Dependencia física pequeña. Se ha demostrado experimentalmente el síndrome de abstinencia, junto con somnolencia y fatiga.
- c) Tolerancia. Se establece con bastante rapidez, sobre todo a los efectos eufóricos. Se presenta el fenómeno conocido como “taquifilaxia” (tolerancia aguda), que consiste en que la administración continua de dosis produce cada vez respuestas menores, incluso puede llegar a que

no exista respuesta si la administración es muy continua” (Lorenzo et.al., p.207).

- d) Síndrome de abstinencia. El intenso craving que predispone a las recaídas, la fatiga, el sueño prolongado, la hipofagia y la depresión.

La dependencia anfetamínica, que hoy día es cada vez más rara, puede tener diferentes orígenes y cabe destacar como formas de abuso más frecuentes las siguientes (Lorenzo et.al., 2003, p.204):

- Empleo ocasional de aquellos que buscan en la anfetamina el mejorar su rendimiento físico, posponer el sueño o aumentar su actividad intelectual. Evitar la fatiga y aumentar el rendimiento en atletas o estimular la agresividad en deportes. Evitar el cansancio y “mejorar” la lucidez mental en estudiantes en días previos a los exámenes o en profesionales que pasan muchas horas seguidas trabajando.
- Empleo habitual de aquellos que buscan euforia y el bienestar del fármaco. En este sentido el consumo de anfetaminas tiene, generalmente, los siguientes objetivos: mejorar los sentimientos de aburrimiento, falta de adaptación e inferioridad, reforzar la seguridad en sí mismo, agudizar la lucidez mental y aumentar la actividad y el placer sexual.

2.3 Factores asociados con el consumo de drogas

En apartados anteriores se describieron algunas de las drogas que causan problemas de dependencia y abuso en los adolescentes. Si bien sus propiedades son un factor importante para el consumo y por supuesto para una posterior dependencia, no son los únicos que lo determinan.

El problema del consumo de drogas es tan grande y complejo que no se puede explicar su origen en los individuos desde un solo ámbito, ya que están involucrados factores tanto dependientes del individuo como de su contexto.

Las investigaciones que se han realizado respecto al inicio del consumo de drogas, señalan que el consumo de dichas sustancias comienza por lo general durante la adolescencia, como resultado de múltiples experiencias ocurridas desde el nacimiento, y depende de la combinación de múltiples factores. Al igual que en las demás conductas humanas, en el consumo de drogas pueden

observarse unas secuencias de desarrollo bastante bien definidas, dichas etapas son el resultado de la **interacción** entre los factores.

Son dos los principales factores de los que se habla, los factores individuales y los factores sociales. Estos últimos se dividen en microsociales y macrosociales.

2.3.1 Factores individuales asociados con el consumo de drogas

Los factores individuales hacen referencia al “individuo”, son las características propias del sujeto, y determinan mayor o menor susceptibilidad o vulnerabilidad a las influencias sociales que favorecen el consumo de este tipo de sustancias.

La edad es una variable relacionada con el consumo de drogas; y la precocidad en el uso de sustancias, uno de los principales predictores del abuso en la adolescencia.

De acuerdo con la ENA 2008 el inicio en el consumo de drogas inicia entre los 11-12 y los 15-16 años, aproximadamente, y varía en función de la sustancia.

En cuanto al sexo, en algunas investigaciones se aprecian diferencias en el uso de sustancias. Los hombres inician primero y presentan un mayor consumo. Esas desigualdades han ido disminuyendo a lo largo del tiempo y para algunas sustancias el sexo ya no tiene la misma determinación en el consumo.

Con respecto a los estudios sobre la personalidad del toxicómano, son muchos y diferentes los resultados. Algunos confirman que existe un prototipo de personalidad del toxicómano y otros comprueban que no es así.

Entre las variables de personalidad que muestran relación con las conductas de consumo está la búsqueda de nuevas sensaciones. González (1996), sostiene que: “La tendencia a buscar nuevas sensaciones puede interpretarse como una reacción frente a los sentimientos de “hastío y aburrimiento” que experimentan los consumidores...” (p.260)

El alto nivel de inseguridad es otro factor individual que conlleva habitualmente una baja autoestima. En la adolescencia es frecuente que surjan dudas acerca del propio valor. La baja autoestima o autoconcepto se reconoce como uno más de los factores asociados al uso de sustancias y del comportamiento delictivo en la adolescencia.

La rebeldía es un factor que sobresale consistentemente como precursor del consumo de drogas. Es una predisposición hacia la rebelión, independencia y no conformidad. El comportamiento rebelde suele estar vinculado con el uso más frecuente de sustancias ilegales.

La baja tolerancia a la frustración, se refiere a aquellos usuarios de drogas que han pasado por una situación vital estresante incontrolable, lo que desencadena una sensación de pérdida de control sobre el medio ambiente por parte de la persona, así como del sentido de la propia existencia y le conduce al consumo abusivo de drogas como única salida. En otras ocasiones son personas caprichosas que no toleran la tensión, el dolor, la frustración y las situaciones de espera.

Los factores cognitivos y oréticos son aquellos que se refieren a los conocimientos, creencias, actitudes y expectativas (González, C.F., 1996):

Las investigaciones parecen coincidir en que las personas más conscientes de los efectos dañinos de las drogas son menos tolerantes con el uso de sustancias y es menos probable que desarrollen la adicción. Sin embargo, no debemos olvidar que los conocimientos sobre los daños ocasionados por las drogas jugarán un papel poco significativo en el adolescente, si posee un bajo autoconcepto y siente la necesidad de usar drogas para realzar su posición en el grupo. (p.260)

En la adolescencia, a pesar de las advertencias de padres, profesores y profesionales de la salud, tiende a ignorarse las consecuencias adversas relacionadas con el uso de sustancias y a sobreestimar las capacidades para hacer frente a la destrucción personal que conlleva el uso de drogas. Con frecuencia, los jóvenes creen que pueden controlar dicho comportamiento y abandonarlo en el momento que lo deseen.

Sin embargo aún existen estudios y profesionales que insisten en la validez de esta estrategia a nivel preventivo, como el Dr. Eduardo López Betancourt. Él explica que la clave para evitar el consumo de drogas es la educación, a través de programas especiales en las escuelas se pueden implementar estrategias de aprendizaje para la prevención del consumo. Se debe educar a los alumnos, pero antes se debe capacitar a los maestros.

Si se le informa a los alumnos sobre los efectos nocivos de las drogas se logrará que el propio educando las rechace. Lo esencial del tema de las drogas es la información, brindar información acerca de las consecuencias: “Eduquemos a los niños, informémosles sobre los efectos nocivos y ellos mismos las rechazarán” (Hernández y de Régules, moderadores, González, M.B. productora, 2010).

Se ha retomado la estrategia sobre la información de las consecuencias como una medida de prevención para la educación básica en México, por ejemplo:

La secretaria de Educación Pública y Salud capacitan a 570 mil profesores de primaria en todo el país para prevenir el consumo de alcohol, tabaco y drogas entre alumnos de seis a 12 años. Los docentes recibirán información científica sobre el fenómeno de las adicciones, así como orientación y estrategias para manejar el tema frente a grupo. Con la participación de 200 coordinadores estatales del programa Escuelas Seguras, Juan Martínez, director general de Desarrollo de la Gestión e Innovación Educativa de la Subsecretaría de Educación Básica, dijo que ante el incremento en el consumo de tabaco y drogas entre la población juvenil, se fortalecerán acciones de prevención, a través de contenidos curriculares (Poy, 2010, p.44)

Respecto a las creencias, éstas se van conformando a lo largo de todo el ciclo vital y se verán influidas por las características de la fuerza de información, la naturaleza de la comunicación y las características del receptor. La conducta de los individuos está regulada, al menos en gran parte, por su sistema de creencias y valores.

Existe un estrecho vínculo entre las actitudes hacia las drogas y su consumo ya que es posible encontrar correlaciones entre unas y otras. Los autores señalan que si se desea cambiar una conducta es necesario influir en las intenciones (disposición), lo que exige a su vez, intervenir y cambiar las actitudes hacia la conducta y la norma subjetiva.

Novacek, et.al., citado por (González, 1996, p.262), explica que existe una relación funcional entre las expectativas y el uso de drogas; “aquellos individuos que abusan de las drogas tienen unas expectativas diferentes a los que no las utilizan respecto a los efectos de dichas sustancias. Si las

expectativas son más positivas y el individuo espera conseguir resultados más satisfactorios puede observarse un mayor consumo.

Los factores comportamentales representan el grado de implicación en diversos problemas conductuales así como en conductas desaprobadas socialmente. El que el individuo se involucre en otro tipo de conductas inapropiadas, distintas a las relacionadas con el consumo es otro factor de riesgo.

Las conductas problemáticas a edades tempranas son un buen predictor del consumo de drogas en la adolescencia y juventud, es más frecuente que los consumidores de drogas estén implicados en actividades delictivas que los no consumidores.

2.3.2 Factores microsociales asociados con el consumo de drogas

Dentro de las influencias parentales se encuentra la familia. Ésta ejerce una gran influencia sobre el consumo de drogas en sus miembros, puede actuar promoviendo o previniendo el consumo de drogas. Los padres tienen mayor influencia en la niñez y en los adolescentes más jóvenes, ésta disminuirá progresivamente conforme aumenta la edad.

En las primeras fases de consumo, el comportamiento de los padres es crítico, y de su actuación va a depender que el adolescente se inicie en el consumo de cerveza, vino, experimentando cada vez con bebidas de más alta graduación. Rhodes y Jason (citado por González, 1996) sostienen que: “en fases posteriores a la iniciación, la calidad de las relaciones padre-hijo cobra importancia, si los vínculos son estrechos el consumo se frenará, de lo contrario evolucionará a formas más graves de abuso” (p.263).

El modelo directo de los padres, las relaciones familiares deficitarias, actitudes de sobreprotección materna con conducta paterna ineficaz, prácticas educativas inadecuadas caracterizadas por una excesiva permisividad o dureza, incomunicación y tensión, se encuentran relacionados con un mayor consumo de drogas.

La presencia de hermanos mayores es un factor de riesgo sólo si las conductas dirigidas al consumo de drogas son promovidas por ellos. Las influencias pueden deberse al modelado directo que ejercen sobre la conducta de los más

pequeños, a sus actitudes y orientaciones hacia el consumo, juegan un papel importante en la elección de los compañeros de sus hermanos pequeño, también pueden actuar como una fuente de suministro de drogas.

Los amigos desempeñan un papel muy importante en el mundo del adolescente; este hecho ha sido demostrado repetidamente al observar la similitud del comportamiento entre los miembros de un grupo o pandilla. La mayoría de los adolescentes que consumen drogas son introducidos en el consumo por sus amigos, bien porque sus compañeros los presionan o porque necesitan sentirse aceptados por su grupo.

Por ello tratarán de desarrollar las actividades valoradas por sus compañeros, sean éstas admitidas socialmente o no. Existe una relación altamente significativa entre la interacción del adolescente con amigos consumidores y su propio consumo.

El proceso mediante el que los adolescentes son influidos por sus iguales incluye diferentes mecanismos: el modelado o aprendizaje social parece ser el más importante; destaca también el refuerzo selectivo de ciertas conductas del individuo por parte de sus compañeros. Es probable que los adolescentes manifiesten un comportamiento acorde a las normas establecidas y expresadas por el grupo, el grupo establece sus propias normas y el sujeto que pertenece a él debe adaptarse a ellas.

El aceptar y poner en práctica sugerencias de amigos podría actuar de forma indirecta en el comportamiento del adolescente afectando la formación de sus propias actitudes y preferencias. Las drogas pueden transformarse en un símbolo del grupo. Las relaciones amistosas implicarán unos determinados comportamientos que serán vistos como elecciones personales en vez de como una influencia social, por tanto, la influencia de los compañeros se hace más sutil y difícil de definir.

Las variables escolares que se relacionan de forma más significativa con el consumo de drogas son: las características de la escuela, la insatisfacción escolar, un nivel más bajo de compromiso con las actividades académicas, un mayor nivel de absentismo escolar y una peor ejecución académica.

En algunas ocasiones, cuando el adolescente no puede alcanzar el mismo nivel de logro que sus compañeros, por unas causas u otras, aumenta la probabilidad de que presente conductas problemáticas en el aula. Esta desadaptación podría inducirle a unirse con compañeros no convencionales.

El clima escolar influye notablemente sobre el logro académico y el comportamiento del escolar. La escuela puede ser vivida como la primera experiencia de fracaso social generando un proceso de ruptura con el mundo de los adultos y compañeros, llevando al joven a buscar su autoestima y satisfacción en otros ambientes, como en el de las drogas.

2.3.3 Factores macrosociales asociados con el consumo de drogas

Los medios de comunicación influyen en el aprendizaje de cuestiones relacionadas con el tema de las drogas en los adolescentes. Según González, (1996), los medios son percibidos por los jóvenes como una fuente fidedigna de información:

Es curioso que dos productos, tabaco y alcohol, altamente nocivos para nuestro bienestar se nos intenten presentar siempre con imágenes y mensajes sugestivos de salud, seguridad, encanto, atractivo, éxito social y sexual. Muchos eslogans publicitarios sugieren representaciones ideales, nostalgias e ídolos de los jóvenes y con ello estimulan los deseos en la dirección deseada. Es natural que los supuestos y esfuerzos realizados por la Organización Mundial de la Salud, así como por otros organismos y entidades, para promover una estrategia de salud para todos, queden diluidos en todo este alud de potencia financiera, económica y de manipulación.

(p.264)

Los adolescentes son el primer objetivo del mercado para la industria del tabaco, y por supuesto el más fácil de convencer. Los continuos anuncios publicitarios de medicamentos pueden formar la creencia errónea, tanto en niños como adolescentes, de que es imposible funcionar en nuestra sociedad sin la ayuda de algún fármaco y que todos los problemas se resuelven consumiendo algún medicamento.

Las toxicomanías como un problema de salud más, tienen que ver fundamentalmente con los estilos de vida que una población posee. Dichos

estilos de vida están condicionados por contextos económico-sociales y presentan unas características que condicionan modelos de consumo y de respuesta social.

La influencia de los modelos sociales parece crucial en la iniciación al consumo de drogas. Ciertos hábitos y estilos de vida se muestran como conductas de prestigio social y expresiones de placer a imitar por los adolescentes. Esto es “...el reflejo de los modelos sociales que hacen ostentación de una forma de vida que deslumbra a los jóvenes y en la que la droga ocupa un lugar importante” (Pack, 2002, p.13).

Otro aspecto que debe ser mencionado es la “sociedad consumista” que nos rodea. Nuestro ambiente forma parte y está fuertemente enraizado en una sociedad de consumo:

Los adolescentes no son ajenos al bombardeo consumista; a pesar de su dependencia económica hoy en día la adolescencia posee un poder adquisitivo mediatizado que nunca tuvo, de hecho, un sector cada vez más importante del mercado se dirige a ellos casi en exclusiva, pues constituyen una especie de grupo o clase social. (González, 1996, p.265)

Otro punto a considerar es que en la actualidad es común tomar continuamente sustancias que afectan el estado de ánimo, comportamiento y percepción. Se usa infinidad de sustancias que producen excitación, tranquilizan, ayudan a dormir, alivian el dolor o mejoran la resistencia a las enfermedades. Constantemente la sociedad incita al consumo para sentirse bien.

También hay una relación directa entre la disponibilidad de las drogas y el aumento del problema en los últimos años. El alcohol, el tabaco y los psicofármacos están al alcance de cualquier persona, incluso niños, y son las sustancias más consumidas.

Cuanto mayor sea la cantidad de droga en el mercado, un número mayor de sujetos se iniciará en el consumo, se consumirán mayores cantidades y el número de individuos que se convertirán en consumidores habituales será mayor. Por lo tanto, es importante retomar los programas preventivos por la

importancia que tienen para modificar la disposición de los adolescentes al consumo.

CAPÍTULO III. LA DISPOSICIÓN AL CONSUMO DE DROGAS

3.1 Disposición al consumo de drogas en adolescentes estudiantes de secundaria

De acuerdo con la hipótesis de esta investigación, se quiere comprobar si la información sobre las consecuencias del uso de drogas reduce la disposición a su consumo. En este capítulo se describen los aspectos necesarios acerca de la disposición y su posible evaluación.

Tal vez resulte confuso hablar de disposición, es posible que se considere como un proceso que no se puede identificar a través de conductas observables. Quizá se piense que es un término que se refiere a algo interno y que no se podrá confiar en su existencia. Si se asume lo anterior probablemente se dudará de su validez como variable de investigación.

Para no dejar este tipo de dudas es importante explicar qué se entenderá por disposición y de qué manera se evaluará en los adolescentes. Primero se desarrollará brevemente cuáles son las confusiones y errores en los que comúnmente se ha caído, para así poder definir `disposición` y justificar su uso en esta investigación.

3.2 Errores acerca de los conceptos mentales

Una gran cantidad de palabras utilizadas en el lenguaje cotidiano surgen por la necesidad de describir y explicar la conducta de los seres humanos. Por lo que hay distintos tipos y usos de esas palabras.

La falta de conocimiento sobre las diferencias entre los distintos tipos de palabras ha producido algunas dificultades y graves errores acerca del uso y significado adecuado de las mismas. Esto se debe a la insistencia de querer comprobar que todas las palabras se refieren a hechos, actos u objetos concretos. Al no tener éxito para comprobarlo, se ha tenido que recurrir a dar explicaciones basadas en la teoría que Ryle llama "el dogma del fantasma en la máquina".

"El dogma del fantasma en la máquina" consiste en el viejo error de atribuir a cierto tipo de palabras la significación de un agente oculto. Al no poder identificar a través de conductas, hechos u objetos concretos algunas palabras,

se ha tenido que explicar que éstas hacen referencia a procesos internos, procesos mentales, que nadie más puede conocer, sólo la propia persona.

Es esto “el error de las antiguas facultades mentales, en las que se interpretaba a las palabras disposicionales como palabras que denotan causas o agentes ocultos, es decir, cosas que existen, o procesos que acontecen en una especie de limbo” (Ryle, 1967, p.106).

La teoría clásica de la mente, como se presenta en el racionalismo Cartesiano, asegura que lo mental y lo material son distintos. Sin embargo, esta teoría cae en lo que Ryle define como “error categorial”, que es el intento de analizar la relación entre la “mente” y el “cuerpo”, como si fueran términos pertenecientes a la misma categoría lógica. Esta teoría equivocadamente asume que los actos mentales son diferentes de los actos físicos y que hay un mundo mental que es distinto del mundo físico.

Ryle explica que no hay ninguna entidad oculta que sea “la mente”, dentro de un aparato mecánico llamado “el cuerpo”. Las actividades de la mente no son mecanismos independientes que gobiernen las actividades del cuerpo.

Si se asumiera que se tiene un cuerpo y una mente, entonces cualquier acción humana tendría dos causas, una como resultado de las leyes físicas y otra producto de leyes puramente mentales. Además sería contradictorio hacer referencia a esos “procesos mentales” utilizando el lenguaje con el que se explican actos meramente físicos.

De acuerdo con Ryle no existe un lugar o entidad en donde se alojen los pensamientos. La mente no es algo o alguien que produzca ciertas conductas. Por ejemplo, la memoria no es un pequeño almacén en donde se guarden todos los recuerdos y se busquen para utilizarlos cuando sea necesario, (Jaime y Vargas, 2003).

La leyenda para-mecánica ha conducido a muchos a ignorar las formas en que algunos conceptos efectivamente se comportan y a interpretarlos como elementos en las descripciones de causas y efectos ocultos. Desde ésta perspectiva se han realizado interpretaciones erróneas de algunas palabras disposicionales y de algunas episódicas, atribuyéndoles significados de procesos ocultos.

Un claro ejemplo de las palabras episódicas mal interpretadas son las “palabras de logro, éxito o realización”. Éstas hacen referencia a “momentos de culminación más o menos súbitos” (Ryle, 1967, p.133).

Son verbos activos a través de los cuales se informa que se ha logrado algo, que se ha dado algún estado de cosas. Es decir, al hacer cierto tipo de cosas se obtuvo un determinado resultado, a éste último se le llama logro y se representa a través de un verbo activo de logro.

No debe confundirse la actividad o serie de actividades con el logro. Uno es el verbo con el que se hace referencia a la tarea y otro al logro. Por ejemplo: un médico al “tratar” a un enfermo, después de cierto tipo de tratamiento y un periodo de tiempo puede lograr “curar” al enfermo. Así para el verbo de tarea “buscar” hay un verbo de logro “encontrar”. Para el verbo de tarea “viajar” hay un verbo de logro “llegar” a destino.

Los logros no son actos, esfuerzos, operaciones o ejecuciones, no son palabras referentes a procesos, experiencias o actividades en sí. Son ciertos resultados de lo anterior, lo que se ha obtenido después de haber realizado alguna de las actividades mencionadas.

Lamentablemente en este tipo de palabras se ha ignorado también su función y se ha tenido el afán de comprobar su existencia a través de hechos o cosas concretas. En las palabras episódicas también existen una variedad de tipos, el olvido de algunas de estas diferencias de tipos ha propiciado la identificación de lo mental con lo fantasmal, atribuir a algunas palabras procesos internos, no observables.

Más que buscar la entidad a la que hacen referencia algunas palabras, es necesario hacer un análisis sobre su función. Lo que acaba definiendo dichas palabras es su finalidad, no su estatus físico o su ubicación.

Tal parece que en el lenguaje cotidiano hay expresiones que resultan confusas y que dan lugar a problemas filosóficos. Es por eso que Ryle ofrece, en su libro *El concepto de lo mental*, un examen del comportamiento lógico de algunos términos disposicionales y de ocurrencias, que se han empleado comúnmente para hablar acerca de las mentes.

En ese libro indica la diferencia, en forma general, de los usos de algunos términos y ofrece los argumentos suficientes para comprobar la invalidez de la teoría del fantasma en la máquina.

Sabiendo que no todas las palabras se refieren a entidades físicas, hechos o conductas específicas, y que esto no significa que las palabras indiquen procesos que se dan en algún lugar oculto, sino que simplemente tienen una función distinta que la de comprobar la existencia de algo específico, se puede entonces confirmar la posibilidad y validez de un análisis disposicional.

3.3 Término `disposicional´

Después de haber explicado el “error categorial” que señala Ryle, se puede iniciar el desarrollo del punto central de este capítulo, que es la definición de disposición. De esta manera, se pretende que quede sustentado el haber recurrido a la medición de la disposición de los adolescentes al consumo de drogas, y su posible modificación a través de la intervención informativa.

Para iniciar se debe realizar una breve explicación sobre las palabras que hacen referencia a episodios y a partir de ello poder comprender las disposiciones.

Entre la gran cantidad de palabras utilizadas en el lenguaje cotidiano para describir y explicar la conducta de los seres humanos, se encuentran las que se refieren a hechos y conductas que ocurren en momentos específicos, que son evidentes y verificables en el momento.

De acuerdo con Gilbert Ryle para hablar de lo que los hombres hacen en un determinado momento, ha sido necesario utilizar palabras que se refieran a esas situaciones específicas, que él llama episodios. “Los episodios son eventos de ocurrencia actual y que pueden observarse empíricamente” (Jaime y Vargas, 2003, sección: Análisis e ideas principales, conocimiento y creencia, para.1).

Por ejemplo:

Él está fumando ahora un cigarro.

La vaca está rumiando ahora.

En los términos episódicos es posible predicar (decir algo sobre el sustantivo), describir propiedades, duración, intensidad, ubicación espacio-temporal y frecuencia. Por ejemplo: Juan golpeó a su compañero durante toda la clase. En la medida que los referentes de los términos de ocurrencias pueden ser ubicados en coordenadas espacio-temporales, sus propiedades son objeto de observación y registro.

El segundo tipo de palabras que se emplean para hablar acerca de lo que se espera que ocurra, son las disposicionales. Ryle (1967) menciona que, “una persona tiene disposición a algo cuando es capaz de hacer ciertas cosas cuando es necesario, o que es propensa a hacer y sentir ciertas cosas en ciertos tipos de situaciones” (p.103).

Los términos disposicionales no hacen referencia a hechos, situaciones o conductas concretas en un determinado momento, no afirman que se estén presentando. Más bien mencionan la posibilidad de que se pueda presentar una conducta en un determinado momento.

Por ejemplo al decir que: “La vaca es rumiante”, no estamos afirmando que en ese momento la vaca este rumiando, sino más bien que hay momentos en los que la vaca tiende a rumiar. En “él es fumador de cigarros” no significa que en ese preciso momento esté fumando un cigarro, sino más bien que tiene el hábito de fumar cigarros en ciertas situaciones o condiciones.

Las palabras o enunciados disposicionales afirman que una cosa, un animal o una persona dada, posee cierta capacidad, tendencia o inclinación, o está sujeta a cierta propensión, (Ryle, 1967). Ryle utiliza el término disposición, no precisamente para nombrar a fuerza un hecho, conducta o entidad, sino una propensión, la posibilidad de que en tales circunstancias se pueda presentar la acción, reacción o estado.

Las palabras disposicionales no describen precisamente objetos existentes o informan sobre acontecimientos en el momento en el que se hace mención. Carpio (1999) describe un claro ejemplo con la palabra disposicional ‘creatividad’, él afirma que:

...gramaticalmente hablando el término creatividad es sustantivo, ello no significa que necesariamente designe un cuerpo extenso o algún otro tipo de entidad substancial,

tangible o espirituosa, ya que los sustantivos gramaticales constituyen simplemente sujetos o entidades lógicas de predicación, sin compromiso alguno con la naturaleza ontológica de la entidad en cuestión. En otras palabras, decir que un término es un sustantivo gramatical sólo significa que es un sujeto lógico acerca del cual se dice o predica algo, sin por ello implicar algo más acerca de su existencia y/o propiedades como objeto o evento.(p.39)

Carpio (1999) retoma la definición de disposición de Ryle, la define como “un término que describe tendencias, propensiones o probabilidad de ocurrencia y no ocurrencias específicas” (p.39). Algunos ejemplos de términos disposicionales pueden ser: `creatividad`, `alcoholismo`, `agresividad` e `inteligencia`. Estos describen una serie de tendencias respectivas, pero no describen algún acto particular, no se refieren a un acto concreto, sino a una serie de distintas posibilidades.

Las tendencias y sus propiedades no son observables o registrables, ni identificables con base en las ocurrencias específicas y sus propiedades. No puede predicarse inicio o término, duración o extensión, tampoco puede decirse dónde tiene lugar.

Las disposiciones son como las motivaciones de las acciones observables, no son los procesos mentales ocultos. Existen propensiones o disposiciones que explican por qué ocurren ciertas conductas. Por ejemplo, la disposición de querer o no querer algo, no se explica por un proceso interno que determine el querer o no querer tal cosa. Querer algo se explica por las conductas que están involucradas en querer ese algo. Los motivos personales dependen de las acciones o reacciones de esa persona en varias situaciones o circunstancias.

La naturaleza de las motivaciones de las personas en una situación particular no necesariamente está determinada por algunos procesos mentales o intelectuales ocultos dentro de la persona. Los motivos pueden revelarse o explicarse a través del comportamiento de la persona en una situación.

Los términos disposicionales sólo pueden emplearse con base en la ocurrencia de cierto tipo de actos. Como en `creatividad`, sólo puede utilizarse dicho término con base en la ocurrencia de cierto tipo de actos (los actos creativos).

Las disposiciones no constituyen términos que se refieran a entidad alguna, sino que constituyen un descriptor de una tendencia comportamental. Es sólo la tendencia a ejecutar determinados actos, de acuerdo a la demanda de la situación. “Las disposiciones no son visibles ni están escondidas, pues no tienen la misma categorización lógica que las acciones conductuales. Las disposiciones no son procesos mentales o actos intelectuales, son propensiones que explican diversos modos de comportamiento” (Jaime y Vargas, 2003, sección: El concepto de la mente, en el pensamiento de Gilbert Ryle, para. 9).

Palabras como: `conocimiento`, `memoria`, `imaginación`, entre otras, hacen referencia a habilidades o disposiciones. No se encuentran “dentro” de la mente, como si la mente fuera un espacio en el que estas disposiciones pudieran encontrarse. Las disposiciones no son lo mismo que los actos conductuales, pero los actos sí pueden ser explicados mediante las disposiciones.

3.3.1 Clases de términos disposicionales

Existen distintas clases de términos disposicionales, algunos son aplicados de forma indiferente a todo tipo de cosas, otros sólo son aplicados sólo a ciertos tipos de cosas.

Una clase de términos disposicionales son los que sólo son apropiados para la caracterización de los seres humanos. Son únicamente aquellos términos que son apropiados para la caracterización de aspectos de la conducta humana que exhiben cualidades de intelecto y de carácter.

Existen palabras que hacen referencia a un solo tipo de conducta. En: “la vaca es rumiante”, se espera sólo un tipo de conducta (rumiar). En: él es fumador de cigarrillos, hay un solo tipo de acción predecible (fumar un cigarrillo). A este tipo de palabras Ryle, (1967) les llama “Palabras disposicionales altamente específicas” (p.105).

Hay un segundo tipo de palabras disposicionales, aquellas en las que una sola palabra se utiliza para hacer referencia no sólo a una conducta específica, sino a una serie de conductas que se esperan. En: “es elástico”, se esperan varias relaciones, acciones y reacciones, “el objeto se está contrayendo después de

haber sido estirado, está próximo a expandirse después de haber sido comprimido, o que acaba de dar un bote como consecuencia de un impacto súbito” (Ryle, 1967, p.105).

En: “es codicioso”, se espera un amplio espectro de acciones y reacciones diferentes predecibles. Un codicioso desea y ansia en exceso bienes y riquezas, teme llegar a ser pobre. Para obtener riqueza y acumular todo lo que le sea posible llega a trabajar de manera exagerada, roba, hace un fraude, violenta, etc. Se centra en su propio bienestar, suele ser tacaño y desleal.

Ryle se refiere a este tipo de palabras como “Palabras disposicionales altamente genéricas o determinables” (1967, p.105). Para él significan habilidades, tendencias o propensiones a hacer cosas que no pertenecen a un único tipo, sino a cosas que pertenecen a muchos tipos diferentes.

Ahora bien, es importante mencionar que no todas las palabras disposicionales se refieren meramente a episodios. La tentación de interpretar las palabras disposicionales como palabras episódicas, la tentación de postular que todo verbo que tiene un uso disposicional tiene que tener también un uso episódico, es un mito.

Las palabras disposicionales tienen distintos tipos de funciones que cumplir. No todas las palabras tienen que designar objetos o hechos concretos. No sólo se tiene la finalidad de notificar a sus destinatarios acerca de la existencia o acaecimiento de cosas. No todo se trata de enseñar verdades singulares.

3.3.2 Disposición al consumo de drogas

Entendiendo la disposición como la tendencia, propensión o probabilidad de que algo ocurra o no, como la propensión a hacer y sentir ciertas cosas en determinado tipo de situaciones, entonces se puede explicar que la disposición al consumo de drogas es la tendencia, propensión o probabilidad de que un adolescente que es estudiante de secundaria en alguna situación pueda decidir consumir algún tipo de droga.

No se quiere comprobar si el alumno consumió o consume alguna droga, simplemente se quiere conocer la probabilidad de que esto pueda ocurrir en algún momento, para poder prevenir que la conducta al consumo se presente.

La tendencia al uso de drogas no implica la propensión a una sola cosa, no implica una sola conducta, sino la probabilidad de muchas acciones, de realizar muchas cosas relacionadas. Es la probabilidad de: fumar marihuana si un amigo la ofrece, inhalar cocaína para ya no ser agredido por los compañeros, ir a una fiesta en la que la mayoría están inhalando pvc, comprar cocaína, tomar anfetaminas para mejora las calificaciones escolares, probar cualquier tipo de droga para solucionar problemas personales, familiares o escolares, invitar a un amigo a inhalar cocaína, etc.

Este tipo de disposición es el que en el apartado anterior se mencionó como: “Palabras disposicionales altamente genéricas o determinables”, significan habilidades, tendencias o propensiones a hacer cosas que no pertenecen a un único tipo, sino a cosas que pertenecen a muchos tipos diferentes. Una sola palabra u oración se utiliza para hacer referencia no sólo a la tendencia de una conducta específica, sino a una serie de conductas que se esperan.

La propuesta para prevenir la disposición al uso de drogas es brindar información sobre las consecuencias del consumo de algunas de estas sustancias, esperando que la tendencia en las distintas situaciones que se retomaron para la investigación, pueda disminuir después de la intervención.

Se diseñó un inventario de opiniones a través del cual se pudiera evaluar pre y post a la intervención el grado de tendencia de los alumnos a consumir marihuana, inhalables, cocaína y anfetaminas. Se decidió que fuera a través de un inventario de opiniones porque la observación directa resulta impráctica, implicaría el registro de conductas relacionadas al consumo durante un largo período, lo cual no es posible por las normas y tiempos establecidos en las escuelas. Además no se podría estar en los espacios adecuados en el momento oportuno, se necesitarían varias personas para cada alumno.

Las afirmaciones del inventario permiten conocer de manera directa la tendencia, ya que es el propio alumno el que expresa su opinión, son sus propios referentes los que determinan sus respuestas.

Por la etapa de desarrollo en la que se encuentran los alumnos, existen una serie de situaciones en las que es más probable que ellos estén en riesgo. De acuerdo a los textos analizados para esta investigación, la información coincide

en el establecimiento de situaciones y factores específicos en los que los adolescentes tienden a consumir en mayor grado algún tipo de droga. Entre las situaciones que se retomaron para el inventario se encuentran las siguientes:

- Clima afectivo negativo en la familia
- Curiosidad
- Dependencia del grupo de amigos/Necesidad de ser aceptado dentro de un grupo/Presión del grupo/ Deseo de obtener más popularidad en el grupo de iguales
- Búsqueda de placer inmediato
- Relaciones conflictivas en la comunidad de estudio
- Exceso de tiempo libre
- Disponibilidad de las drogas
- Sentimiento de inferioridad o debilidad respecto a los demás
- Bajo rendimiento escolar

CAPÍTULO IV. LA PREVENCIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA PSICOLÓGICO

4.1 Prevención del consumo de drogas en adolescentes estudiantes de secundaria

Corresponde en este capítulo explicar los aspectos básicos referentes a la prevención, ya que a través de la intervención en los grupos de secundaria se pretendía prevenir el consumo de drogas: las inhalables en general, la marihuana, la cocaína y las anfetaminas.

El consumo de drogas es un problema de salud que puede ser vinculado con la psicología, ¿por qué puede relacionarse esta disciplina con el problema del consumo de drogas?

Durante mucho tiempo los problemas de salud humana en general han sido relacionados con esta disciplina y se ha encontrado un vínculo importante entre los problemas de salud y el comportamiento. En algunas interdisciplinas o subcampos de conocimiento como: la psicología de la salud, la salud conductual, la medicina conductual, la inmunología conductual, etc., se ha destacado la importancia y posibilidad de relacionar los factores derivados del comportamiento individual con la prevención, terapéutica y rehabilitación de este tipo de problemas.

Para sustentar la posibilidad de vinculación entre los problemas de salud y la psicología, Ribes (2008), propone un “Modelo Psicológico de la salud” que permite establecer funciones efectivas en dimensiones individuales para el mantenimiento del bienestar, así como el mantenimiento y recuperación de la salud. La descripción del modelo se realizará en uno de los siguientes subcapítulos.

Ahora bien, después de sustentar la posibilidad de la intervención de la psicología en problemas de salud, será importante también explicar la posibilidad de abordarlo desde la Psicología Educativa.

El proceso de aprendizaje en el ser humano es posible durante toda la vida, al encontrarse en constante interacción tiene que aprender nuevas formas de relacionarse y de adaptarse a diferentes situaciones. El aprendizaje se puede

dar en cualquier ámbito de la vida, pero en este caso se hará referencia al aprendizaje formal en la Institución Educativa.

Para dar inicio al desarrollo de este capítulo se realizará una breve explicación acerca de la salud:

4.2 La salud: dimensión medicobiológica, sociocultural y psicológica

Desde la dimensión medicobiológica la salud se define en términos de la enfermedad, es decir: “como carencia de enfermedad (o bien como continuo balance entre salud-enfermedad), hace énfasis en las condiciones propias del organismo y de los distintos subsistemas que lo integran” (Ribes, 2008, p.14). Si un organismo ha sido invadido por algún agente externo la salud se ha perdido y cuando el organismo ha sido resistente ante esos agentes externos, cuando no han afectado su buen funcionamiento, entonces quiere decir que se conserva la salud.

En la dimensión sociocultural la salud hace referencia a un estado de bienestar que depende de las condiciones prácticas de vida. Estas condiciones son determinadas por el medio físico y las prácticas socioculturales, que en gran medida suelen ser responsables de alteraciones de la salud biológica.

Algunos ejemplos de prácticas de vida que alteran el estado de salud son: carencia de agua potable, alimentos, drenajes, excesos o deformaciones de la dieta, estrés urbano, **disponibilidad de fármacos u otras sustancias tóxicas**, preparación artificial de alimentos, contaminación industrial, etc. En este sentido es el medio el que propicia la enfermedad.

Las dos concepciones permiten el desarrollo de prácticas de intervención y prevención a distintos niveles. Por ejemplo, en el médico-biológico se realiza la prevención a través de la aplicación de medicamentos o vacunas, en el ámbito de las prácticas socioculturales la prevención puede realizarse a través de la regulación de factores ambientales o prácticas cotidianas saludables.

Estos dos niveles son totalmente distintos y por separado resultan insuficientes para una prevención efectiva. Es por eso que se considera pertinente la implementación de un nuevo campo que pueda intersectar las dos concepciones y de esa manera lograr hacer intervenciones preventivas integrales.

Considerando que es necesario mantener el correcto funcionamiento del organismo y el sentimiento de bienestar del ser humano, se encontró que hay una manera de relacionar las dos concepciones. Según Ribes, (2008) es a través del “comportamiento, entendido como práctica individual de un organismo biológico en un medio regulado por relaciones socioculturales” (p.15), como se podrá lograr la intersección de las concepciones, es decir; a través de la Psicología.

El análisis psicológico constituye la dimensión en la que se plasma la individualidad de una biología particular como entidad ubicada en un entorno y su estado continuo entre salud-enfermedad como componente integral y condición de una práctica interactiva permanente. (Ribes, 2008, p.15)

Toda intervención médico-biológica y sociocultural en el estado de salud-enfermedad del organismo está mediada por la práctica individual. Es el individuo el que regula la influencia de variables externas en el funcionamiento del organismo biológico, es “como factor práctico de la relación social, el que modifica, consolida o modula en la vida real, ya sea desde la perspectiva inmediata o desde la visión que proporcionan periodos históricos determinados” (Ribes, 2008, p.16).

El consumo de drogas es considerado un problema de salud, que desde la perspectiva médico-biológica se puede justificar porque ese tipo de sustancias son capaces de alterar el organismo, su consumo produce daños orgánicos irreversibles, algunas los producen de manera inmediata y otros a largo plazo.

Desde la perspectiva sociocultural las drogas están disponibles en el medio para cualquier persona: niños, adolescentes y adultos. Su consumo habitual implica la alteración del bienestar, disminuyendo la calidad de vida y produciendo conductas de riesgo que ponen la salud del individuo en dificultades.

Haciendo un análisis psicológico se puede afirmar que el consumo de drogas implica directamente una serie de conductas del individuo ante determinadas circunstancias, hay una serie de interacciones que determinarán el uso de las mismas. Es conveniente decir que si se enseña a mediar a través de ciertas

conductas las variables que llevan al consumo, se podrá hacer desde esa perspectiva una labor preventiva.

4.3 Modelo psicológico de la salud

De acuerdo con el apartado anterior se puede afirmar que la salud definida desde una perspectiva psicológica depende de la dimensión individualizada de variables que surgen de la interacción entre factores propiamente biológicos del organismo y la acción funcional de las relaciones socioculturales.

Los factores biológicos se representan como la condición misma de existencia del individuo práctico y de las reacciones biológicas integradas a su actividad. Los factores socioculturales se representan como las formas particulares que caracterizan a un individuo en su interrelación con las situaciones de su medio, con base en su historia personal. (Ribes, 2008, p.16)

La interrelación entre las condiciones ambientales y la acción de agentes fisicoquímicos y biológicos se da a través de la práctica social del individuo, es decir, a través de la dimensión psicológica. De esta manera es correcto postular que: “la prevención, curación y rehabilitación o inicio de una enfermedad implican la participación del individuo actuando” (Ribes, 2008, p.17). El actuar de cierta manera define el proceso, el cual dará como resultado la presencia o ausencia de la enfermedad biológica.

Factores que componen la dimensión psicológica de la salud:

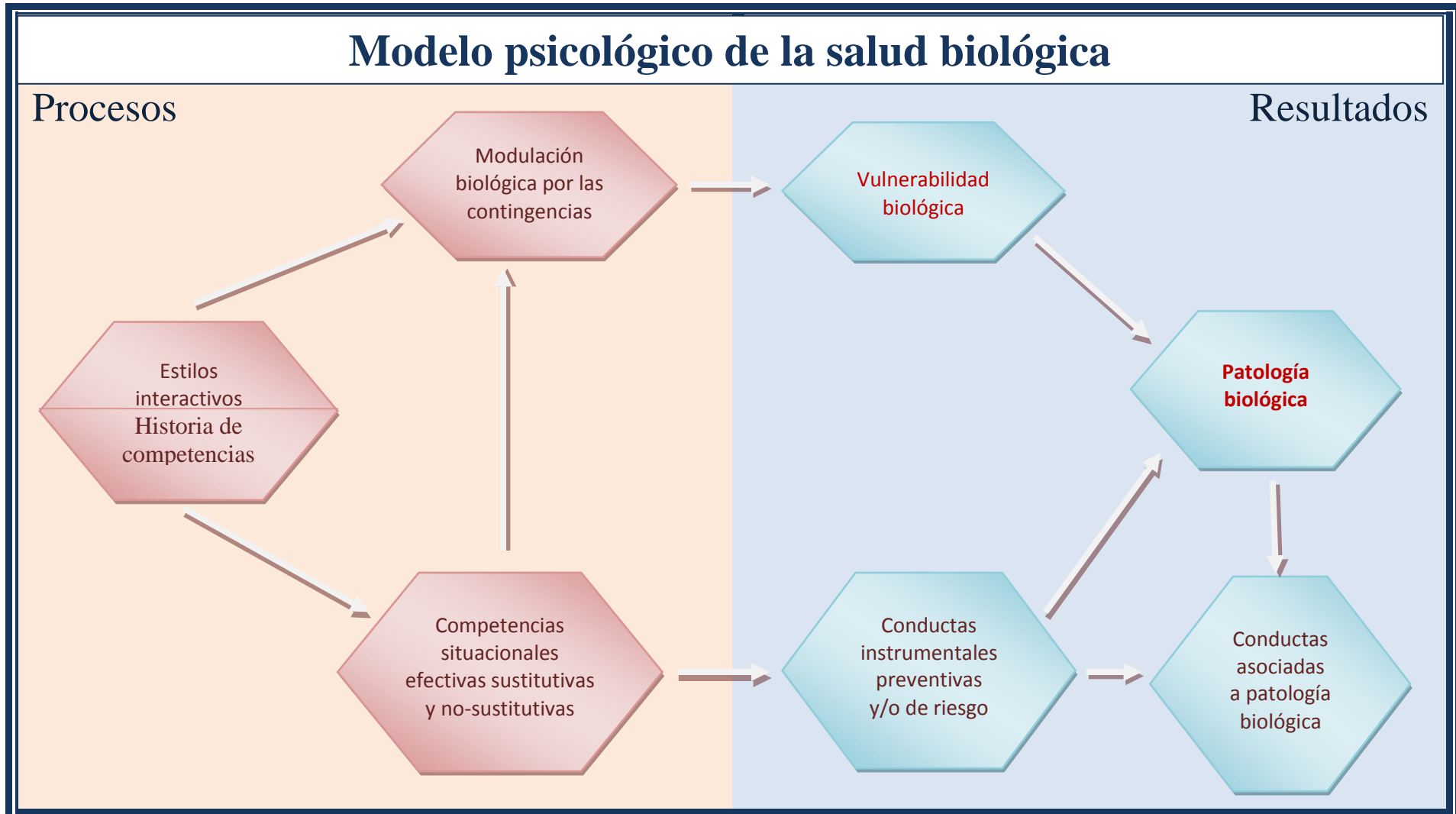
- a) La forma en que el comportamiento modula los estados biológicos, regulación del contacto del organismo con variables funcionales del medio con el que interactúa.
- b) Competencias del individuo para interactuar en una serie de situaciones que afectan su salud.
- c) Maneras consistentes que tipifican a un individuo en su contacto con situaciones que afectan su condición biológica.

El proceso psicológico para el mantenimiento, recuperación o pérdida de la salud biológica está definido por la interacción de tres factores fundamentales:

- a) La historia interactiva del individuo

- b) Las competencias funcionales al interactuar con una situación general determinada
- c) Las competencias funcionales al interactuar con una situación general determinada
- d) La modulación de los estados biológicos del organismo por parte de las contingencias ambientales que definen una situación.
- e) La modulación de los estados biológicos del organismo por parte de las contingencias ambientales que definen una situación.

Esquema 3. Modelo psicológico de la salud biológica



Fuente: Ribes (2008), p. 22.

4.3.1 La historia interactiva del individuo

Se refiere a la manera en que el individuo se ha comportado en el pasado ante ciertas situaciones. “La historia constituye la disposición de un individuo para interactuar con una situación presente, en un momento dado, con base en sus formas y modos de interacción previos inmediatos, funcionalmente pertinentes a dicha situación” (Ribes, 2008, p.23).

Esa manera de conducta pasada no determina rigurosamente la forma en que el individuo actuará en situaciones futuras que involucren variables relacionadas. Su historia no garantiza su funcionalidad exacta en un futuro, ya que las relaciones y características de la situación presente lo definirán de manera precisa.

La historia interactiva sólo hará más o menos probable una forma de contacto ante ciertas situaciones, es decir; la conducta presente será parecida a la de la situación pasada si tiene elementos semejantes o retoma elementos que ya estuvieron comprendidos en dicha situación.

4.3.2 Las competencias funcionales al interactuar con una situación general determinada

La disponibilidad de competencias funcionales se refiere a la capacidad conductual de un individuo, a la funcionalidad adquirida en interacciones pasadas por ciertas formas de comportamiento, ante determinadas situaciones contingenciales. “Las situaciones contingenciales son las relaciones de condicionalidad entre acontecimientos, entre las acciones de un individuo y las acciones de otros individuos y de los objetos potencialmente y actualmente efectivos” (Ribes, 2008, p.25).

La disponibilidad de competencias funcionales es una manera de contar con las conductas efectivas para la situación actual gracias a experiencias pasadas.

Las competencias funcionales presentes dependen de los requerimientos de la situación, el tipo de consecuencias que traerá para el individuo y qué cambios en el ambiente tendrán lugar como efecto de una u otra forma de acción en un momento determinado.

4.3.3 La modulación de los estados biológicos del organismo por parte de las contingencias ambientales que definen una situación

Las alteraciones biológicas o el estado biológico adecuado estarán modulados por el tipo de conducta que el individuo pueda efectuar ante una situación. “Las condiciones biológicas del organismo pueden ser afectadas diferencialmente, dependiendo de la manera en que el individuo actúa frente a las contingencias de una determinada situación” (Ribes, 2008, p.26). Será el comportamiento objetivo que presente el individuo el que module sus formas de reacción biológica.

El comportamiento regula las propiedades funcionales de las variables ambientales en su acción sobre el organismo, esas acciones determinan el grado de probabilidad para que se desarrolle la enfermedad.

Ya que se ha explicado la manera en que las conductas modulan los estados biológicos es conveniente mencionar un tipo de conductas que pueden aumentar o disminuir el riesgo de enfermedad biológica, éstas son las conductas instrumentales.

Entre las conductas instrumentales que constituyen factores de riesgo para la salud de diversa índole se encuentra la conducta que de manera gradual expone al individuo a condiciones desfavorables del ambiente, como la ingestión de ciertas sustancias (drogas), que se traducen a cambios patológicos en el orden biológico.

La capacidad instrumental puede describirse de la siguiente manera:

- Como la disponibilidad de las conductas requerida en tanto morfologías efectivas de comportamiento.
- Como la disponibilidad de información acerca de por qué se tienen que realizar o no ciertas conductas, es decir, información sobre los motivos.
- Como la disponibilidad de información respecto a las ocasiones en qué y oportunidad con qué deben realizarse determinados comportamientos.
- Como la disponibilidad de formas de interacción alternativas, distintas de las conductas que tienen ciertos efectos instrumentales. (Ribes, 2008, p.59).

Existen dos maneras de clasificar las conductas instrumentales como: directas o indirectas.

Las conductas instrumentales directas son las que producen el contacto directo con el agente patógeno, ya sea un agente causante de lesiones o un agente infeccioso.

Las conductas instrumentales indirectas son aquellas que sin producir contactos específicos con agentes patógenos o dañinos, aumentan la vulnerabilidad del organismo ante la acción de dichos agentes. “No tienen efectos inmediatos y específicos sobre la salud del individuo, constituyen formas de comportamiento más difíciles de entrenar y regular positivamente” (Ribes, 2008, p.30). En este tipo de conductas se encuentran las del consumo de drogas, por lo que se sugiere considerar la necesidad de implementar programas con entrenamientos específicos, que utilicen métodos conductuales, que hagan hincapié en los aspectos motivacionales y de aprendizaje del individuo:

La estrategia de un sistema eficaz de salud biológica significa adiestrar al individuo en el uso apropiado de recursos del medio, su transformación cuando sí esté indicada, y la evitación de los contactos con circunstancias y agentes patógenos (aprovechamiento y creación de las condiciones del bienestar social), a la vez que se les capacita en formas de interactuar con las contingencias situacionales de su vida cotidiana, de tal modo que se integre a la efectividad en sus interacciones la modulación de reacciones biológicas, que no afectan negativamente su sistema inmunitario. (Ribes, 2008, p.33)

Para el caso del consumo de drogas se puede retomar el aspecto de evitación de los contactos con agentes patógenos como lo son ese tipo de sustancias a través de la información sobre las consecuencias de su uso.

Así como la conducta instrumental puede aumentar el riesgo de pérdida de la salud, también puede disminuir los riesgos de salud cuando el individuo actúa preventivamente. De esta manera se puede justificar la posibilidad de llevar a cabo una prevención desde la dimensión psicológica.

4.4 La dimensión psicológica de la prevención

Siguiendo el modelo psicológico de la salud que se mencionó antes, se define a la salud biológica como: “ausencia de enfermedad o un estado de baja propensión a contraerla, es consecuencia de la forma en que el comportamiento del individuo media los efectos de las condiciones ambientales sobre el organismo” (Ribes, 2008, p.69). Entonces la enfermedad o la ausencia de ésta dependen de la interrelación entre las condiciones ambientales y condiciones biológicas que son mediadas a través de la conducta individual.

Si es el comportamiento el mediador directo o indirecto entre las condiciones ambientales y el organismo para que se produzca la enfermedad, entonces es

posible establecer comportamientos que sean de utilidad para prevenir distintos tipos de enfermedad. Desde esta perspectiva la prevención dependerá de formas de comportamiento eficaces para tales propósitos que corresponde establecer y aplicar desde el ámbito psicológico.

En el caso del problema de consumo de drogas es posible realizar este tipo de prevención ya que el comportamiento es el que produce cambios graduales en el estado del organismo a través de la ingesta de ese tipo de sustancias. Por lo tanto; es posible también prevenir el consumo de drogas desde el ámbito psicológico, evitando que esos cambios negativos terminen con la salud del individuo.

El nivel psicológico de prevención constituye la dimensión prioritaria desde un punto de vista de la salud individual, sin éste, el aspecto biomédico y el socioambiental no serían efectivos.

La prevención desde la perspectiva socioambiental sólo implica la disponibilidad de circunstancias físicas favorables para el desarrollo biológico armónico. Lamentablemente en el ambiente hay situaciones que no pueden ser controladas por el hombre, la naturaleza tiene sus propias leyes y además existen tantos tipos de relaciones y circunstancias como tantos humanos en el mundo.

A pesar de que se pueden controlar y modificar a favor de la salud algunas circunstancias físicas como: la potabilización del agua, la construcción de drenajes, la eliminación de aguas estancadas, etc., esto no es suficiente porque hay aún circunstancias que siguen afectando la salud. Las circunstancias a las que se hace referencia quedan fuera de control de las posibilidades humanas, circunstancias ambientales que no pueden modificarse.

En el caso de la problemática general de las drogas no se tiene el control para que esas sustancias no lleguen a ser promovidas en el ambiente cotidiano. Las drogas existen y no hay manera inmediata o directa para que desaparezcan, lo que sí es posible es ofrecer a los individuos panorámicas generales acerca de la manera en que pueden enfrentarse a ese tipo de situaciones y evitar el consumo para conservar la salud.

De esta manera se puede establecer que es posible promover prácticas culturales a favor de la salud, que prevengan las condiciones patológicas de carácter biológico, por supuesto desde el ámbito psicológico. Ese tipo de prácticas son fundamentales,

ya que a través de la conducta de los individuos es posible propiciar la prevención de patologías biológicas.

Hay distintos aspectos de la vida cotidiana desde los cuales se puede propiciar la prevención a través de la conducta:

En sociedades con bajos índices de bienestar físico pueden establecerse prácticas sociales efectivas en los individuos que contrarresten los efectos nocivos de un ambiente desfavorable...el comportamiento constituye la clave para neutralizar los efectos nocivos de un ambiente insalubre. La factibilidad práctica de una prevención socioambiental siempre pasa a través de las conductas individuales. (Ribes, 2008, p.71)

Desde la perspectiva biomédica la prevención se realiza a través de dos planos: la inmunización biológica, protegiendo a los individuos de infecciones por la acción patógena de determinados microorganismos y el segundo, la detección y tratamiento oportunos de patologías que apenas inician.

Estas dos formas de prevención resultan insuficientes por sí solas, la primera porque se restringe solamente a aquellos casos en los que la acción de los microorganismos ha sido identificada como la causa de determinada enfermedad. Lamentablemente muchas enfermedades no son prevenibles de esta manera, no se ha identificado una forma efectiva de inmunización. Entre ese tipo de enfermedades se encuentran: el VIH, diabetes, cáncer, dependencia al consumo de drogas, cólera, Alzheimer, Parkinson, etc., mismas que afectan a una gran parte de la población y que por supuesto no se pueden dejar de lado.

La segunda, detección y tratamiento, no resulta efectiva porque existen dificultades actuariales como: falta de recursos humanos, físicos e instrumentales para la terapéutica oportuna, el problema relativo a la organización misma de los servicios asistenciales de un sistema de salud.

Las dos formas de prevención antes mencionadas pueden ser complementadas para su efectividad a través de la dimensión psicológica:

La organización de los sistemas asistenciales de atención a la salud, con vistas a mejorar su acción preventiva (atención y diagnósticos tempranos), curativa y rehabilitatoria, implica no sólo revisar los organigramas estructurales que fundamentan conceptual y administrativamente su funcionamiento, sino que requieren también de un análisis de su operatividad desde la perspectiva de los comportamientos individuales del personal médico y

paramédico, el personal administrativo y pertinente y de los propios usuarios que acceden a los servicios. Esta problemática constituye un campo de intervención multidisciplinario en el cual la función del psicólogo, como analista del comportamiento institucional, puede ser de fundamental importancia. (Ribes, 2008, p.73)

Entonces el trabajo del psicólogo puede implementarse en el campo multidisciplinario de la salud ya que la dimensión individual constituye si no el más, sí uno de los ámbitos prioritarios para el sano desarrollo del individuo. Para esta investigación queda justificada la intervención del psicólogo en el ámbito de la prevención, a continuación se presentarán los niveles de prevención de la salud en los que el psicólogo puede intervenir.

4.5 Dimensión psicológica de la prevención desde el punto de vista médico-asistencial

Desde el punto de vista médico-asistencial hay tres niveles de atención a la salud y por ello se plantean también tres niveles de prevención. Los niveles se organizan de acuerdo a la magnitud y severidad de las necesidades de salud, por lo que dichas acciones no pertenecen exclusivamente al ámbito biomédico, también habrá acciones que puedan ser cubiertas desde otros ámbitos.

El planteamiento de un triple nivel de prevención se analizará desde la perspectiva del modelo psicológico que en apartados anteriores se explicó.

4.5.1 Primer nivel de prevención: primario

El nivel primario de atención a la salud de acuerdo a las políticas médico-asistenciales vigentes, constituye el ámbito estrictamente preventivo. Las acciones cubiertas por los siguientes incisos constituyen acciones esencialmente preventivas porque se realizan previas a la aparición de una condición de morbilidad o de la propensión a adquirirla, “aún cuando se derivan y desprenden del conocimiento biomédico y de criterios asistenciales preventivos, en tanto acciones constituyen medidas de carácter conductual” (Ribes, 2008, p.75.):

- a) Promoción de hábitos de higiene personal y sanidad ambiental.
- b) Desarrollo de hábitos alimentarios que auspicien el desarrollo y la nutrición.
- c) Divulgación de medidas que favorezcan la planificación familiar y la prevención de enfermedades sexuales.

La prevención primaria propiamente dicha constituye acciones en el ámbito psicológico vinculadas al comportamiento del usuario de los servicios de salud. Por ser un nivel específicamente conductual no se limita a los incisos antes mencionados, incluye otras acciones, entre las cuales se puede mencionar:

- a) El desarrollo de estilos de vida que reduzcan la propensión a condiciones aumentadas de vulnerabilidad biológica, como son el seguimiento de dietas apropiadas, **el bajo consumo de productos dañinos a medio y largo plazo**, la adquisición de conductas que reduzcan las reacciones de estrés, y en consecuencia, aumenten la inmunocompetencia del individuo.
- b) La promoción de comportamientos alternativos a aquellos que inducen riesgos para la salud, como lo constituye la práctica de deportes no competitivos, el **disfrute de formas de recreación que no requieren de estimulantes químicos o biológicos**, el establecimiento de **hábitos de vida que reduzcan la exposición a circunstancias que representen toxicidad ambiental**. (Ribes, 2008, p.76)

De acuerdo con el modelo psicológico de salud propuesto por Ribes las acciones preventivas primarias pueden ubicarse en los factores que corresponden a la etapa de proceso de la salud: la historia interactiva, las competencias situacionales efectivas y la modulación contingencial de las reacciones biológicas.

Para que se dé un enfoque preventivo primario que auspicie el bienestar y reduzca el riesgo de enfermedad...deben cumplirse dos condiciones: 1. Deben establecerse interacciones psicológicas que no afecten negativamente, o por el contrario fortalezcan, la inmunocompetencia del organismo, y 2. Deben poseerse las competencias efectivas situacionales que se traduzcan, dadas condiciones particulares, en conductas instrumentales que reduzcan el riesgo de patología o daño biológico.

Esta convergencia de condiciones constituye un proceso eminentemente conductual. (Ribes, 2008, p.78)

4.5.2 Segundo nivel de prevención: secundario

En el segundo nivel se clasifican como acciones preventivas secundarias aquellas que impiden el avance de una propensión a la patología o de una patología que está iniciando. La eficacia operativa de dichas acciones requiere de conductas especiales por parte del usuario:

Las conductas aludidas consisten en el reconocimiento de indicadores de riesgo y/o patología incipiente, oportunidad en acudir a los servicios de atención médica pertinentes, y adherencia a las prescripciones terapéuticas y preventivas adicionales que sean pertinentes a la condición de morbilidad de que se trate. No hay que soslayar un factor adicional de comportamiento, que desempeña una función crítica en el usuario de los servicios de salud: el individuo debe poseer competencias que le permitan ser atendido efectivamente al acudir como usuario a un servicio de salud. (Ribes, 2008, p.76)

Entre las acciones de prevención secundaria es importante considerar el entrenamiento especial de la conducta del consumidor, este tiene que adquirir conductas que le permitan hacer uso adecuado de los servicios de salud. Además se debe considerar también la posibilidad de una reorganización práctica de los servicios de salud. En estas acciones preventivas también el psicólogo puede aportar soluciones y sugerencias.

Siguiendo con el modelo psicológico de salud, en la prevención secundaria figuran las conductas instrumentales de riesgo y de manera parcial las conductas asociadas a enfermedad, todas ellas ubicadas en la etapa de resultados.

4.5.3 Tercer nivel de prevención: terciario

Se trata de acciones aplicadas cuando: “las condiciones de patología han evolucionado en distintos grados o ha producido daños e impedimentos irreversibles o parcialmente reversibles” (Ribes, 2008, p.77). En este tipo de acciones también es posible la participación del psicólogo, ya que pueden realizarse acciones desde un planteamiento conductual.

Se pueden desarrollar una serie de conductas que de acuerdo a lo requerido permitan al paciente adherirse de mejor manera a la terapéutica que esté llevando o eliminen comportamientos que impidan la eficacia de los tratamientos biomédico, así como la emisión de comportamientos que favorezcan los procesos de rehabilitación.

De acuerdo a los criterios psicológicos que considera Ribes, algunas de las acciones que corresponden al tercer nivel de prevención son:

- a) Detección de patologías agudas y crónicas con distinto grado de avance.
- b) Diversos tipos de cirugía mayor y menor.
- c) Atención en partos.

- d) Trasplantes de órganos.
- e) Rehabilitación de pacientes con distintos tipos de impedimentos físicos.
- f) Atención a pacientes terminales.
- g) Tratamiento de cuadros patológicos con distinto grado de avance, que requieren tanto de internamiento más o menos prolongado, así como de tratamientos ambulatorios.

Se debe recordar que las acciones antes mencionadas se pueden realizar también desde un planteamiento conductual como complemento a acciones meramente biomédicas. Pertenecen a un nivel preventivo porque:

...previenen la cronicidad de ciertos estados y el deterioro acelerado del individuo que sufre determinados cuadros patológicos, facilitan la recuperación parcial o total de funciones perdidas, eliminan la interferencia de ciertos estados y reacciones que perturban formas normales de reacción biológica, etcétera. (Ribes, 2008, p.77)

De acuerdo con el modelo psicológico de salud que se describió al principio del apartado, la prevención terciaria incluye las conductas asociadas a enfermedad y las conductas instrumentales preventivas correlacionadas con patología biológica.

4.6 El papel de la escuela formal en la prevención del consumo de drogas

En la escuela las necesidades de aprendizaje están relacionadas con la vida cotidiana del estudiante. En la educación formal, en específico educación básica, de acuerdo con el “Plan de Estudios 2006”, el alumno debe:

...adquirir y desarrollar los conocimientos, las habilidades, los valores y las competencias básicas para seguir aprendiendo a lo largo de su vida; enfrentar los retos que impone una sociedad en permanente cambio, y desempeñarse de manera activa y responsable como miembro de su comunidad y ciudadanos de México y del mundo. (SEP, 2006, p.5)

Uno de los retos que hoy en día deben enfrentar muchos de los estudiantes, es el de la oferta al consumo de drogas. Ésta es cada vez mayor y más cercana a ellos, dentro y fuera de la escuela. Por lo que actualmente se ha considerado necesario retomar como parte de los contenidos escolares el de la prevención de ese tipo de situaciones.

En épocas anteriores las escuelas se centraban en transmitir y avanzar con contenidos que establecía el currículo pero que no eran de interés para los

estudiantes. Esos contenidos estaban fuera de contexto para los estudiantes y les producía un desinterés total, no eran de utilidad para enfrentar los retos que la vida les ponía fuera de la escuela.

Hoy en día ya se retoma en los planes de estudio algunas de las situaciones reales que los alumnos tienen que enfrentar, por ejemplo en el “Plan de estudios 2006”:

“Los jóvenes del siglo XXI enfrentan nuevos problemas, algunos asociados con la complejidad de los procesos de modernización y otros derivados de la acentuada desigualdad económica que caracteriza al país, y que han dado lugar a que muchos de ellos permanezcan en situación de marginación”. (SEP, 2006, p.13)

No se han podido retomar de manera total los problemas cotidianos que afectan a los adolescentes, sin embargo, se ha logrado avanzar con la construcción de un currículo que tiene como principal propósito brindar la atención requerida de los adolescentes. Se toman en cuenta sus intereses y necesidades de aprendizaje de acuerdo a la etapa de desarrollo en que se encuentran.

En el plan y los programas de estudio para educación secundaria 2006, se incluyen una serie de contenidos a través de los cuales los alumnos puedan establecer las relaciones adecuadas entre los contenidos escolares formales y la realidad. El cambio realizado en los contenidos pretende propiciar la motivación y el interés de los alumnos por contenidos y temáticas nuevas que son de gran utilidad para enfrentar los desafíos básicos de la vida.

En el caso del consumo de drogas que interesa para esta investigación, el “Plan de Estudios 2006, Educación Secundaria”, ya retoma el desarrollo de conocimientos, habilidades, valores y competencias que permitan a los alumnos enfrentarse a situaciones de riesgo, como el de las drogas. Establece la necesidad de producir e intercambiar conocimientos que promuevan el cuidado de la salud:

La experiencia y la teoría pedagógica y didáctica recientes en materia de salud indican que es necesario integrar la educación para la salud en la educación general, llevada a cabo especialmente por los <<modelos>> de referencia próximos (educadores, padres y compañeros), de forma continuada y coherente. (Gallegos, 1996, p.14)

Con estos cambios se ha logrado iniciar la implementación de algunos programas de apoyo para los alumnos y de actualización a los profesores. Entre ellos se encuentra el “Programa Nacional Escuela Segura” a través del cual se pretende:

“...brindar a los alumnos resguardo de su integridad física, afectiva y social en la escuela, así como en el entorno comunitario que rodea a las escuelas” (SEP, 2007, Sección: Introducción, para.1). Para lograrlo se trabaja estableciendo vínculos de colaboración con diferentes instituciones.

En el caso del problema del consumo de drogas se trabaja en colaboración con la Secretaría de Salud con el Programa Nacional “Salud sin drogas”. Se pretende desarrollar en los alumnos competencias ciudadanas orientadas hacia la **prevención** y el autocuidado ante situaciones de riesgo social como las **adicciones**. Este tipo de programas son una oportunidad para desarrollar en los estudiantes herramientas de prevención ante aquellas situaciones que representan riesgos para el bienestar y la convivencia escolar.

Las acciones que se realizan dentro de los programas representan logros de aprendizaje escolar aplicados a situaciones cotidianas, ya que se promueven desde el currículo para el conocimiento y cuidado de sí mismos. De esta manera las instituciones educativas pueden llegar a ser un factor equilibrador y un punto de apoyo firme para individuos con problemas en sus medios familiar y ambiental, o consigo mismos.

La actuación preventiva en el medio escolar es considerada una necesidad ya que los alumnos están en la edad más susceptible para adquirir conocimiento, actitudes, valores y hábitos, y que mejor que sean aquellos contenidos que estén relacionados con los desafíos básicos de la vida a los que se enfrentan día a día, como la oferta del consumo de drogas.

La información que se transmite en la escuela puede darse estructurada y fundamentada en conocimientos y experiencias de interés personal. Para los adolescentes existen muchas inquietudes y dudas respecto a su nuevo rol en la vida y a situaciones cotidianas como el consumo. “La educación formal es un subsistema social cuyo fin es la promoción humana y social. La entrada de los jóvenes en el mundo de las drogas impide tal fin” (Gallegos, 1996, p.8). Por eso es necesario iniciar procesos formales de prevención dentro de las instituciones de educación secundaria:

Si el proceso educativo y sus instituciones consiguen optimizar a las personas, desde los primeros años de la vida, fomentando y consolidando la adquisición de hábitos, actitudes, habilidades y valores orientados hacia una vida sana, autónoma y razonablemente resistente

a las presiones grupales, es posible que se reduzca el abuso de sustancias tóxicas en la población juvenil y, posteriormente, adulta. (Gallegos, 1996, p.8)

La prevención ante el consumo de drogas es una necesidad real de la cual también deben tomar responsabilidad las instituciones escolares. Estas tienen cierta ventaja en la aplicación de programas de educación para la salud debido a que pueden hacer intervenciones con un gran número de personas, sobre todo con población vulnerable como lo son los adolescentes.

Además cuentan con profesionales que inciden de manera directa en la adquisición de determinados hábitos y actitudes, los profesores y orientadores. Si se les actualiza, preparándolos para este tipo de intervenciones es alta la probabilidad de éxito de los programas de prevención y promoción de la salud.

La educación sobre drogas... quedaría, así, inscrita en un proyecto global de educación y promoción de la salud, con una formulación pedagógica positiva que promueva hábitos de vida sanos, formulando y/o fortaleciendo un puente entre la familia, la escuela y la comunidad, un marco configurador sano y coherente de la conducta humana.(Gallegos, 1996, p.15)

4.7 La psicología educativa en la prevención del consumo de drogas

En el apartado correspondiente a la prevención se explicó que el psicólogo cumple con el perfil adecuado para realizar programas de prevención primaria, secundaria y terciaria en el ámbito de la salud a través de acciones vinculadas al comportamiento de las personas. La salud es un campo de acción multidisciplinario, no sólo los médicos se encargan de ella, los psicólogos también pueden realizar su aportación desde una dimensión psicológica de la prevención.

La dimensión psicológica de la prevención es prioritaria desde un punto de vista de la salud individual. A través de la emisión de conductas adecuadas se pueden prevenir a nivel primario una serie de enfermedades que a nivel biomédico no han podido prevenirse. Por ello la importancia del psicólogo en el análisis e intervención respecto a los comportamientos individuales para la prevención de la enfermedad.

Ahora bien, ¿el psicólogo educativo también puede realizar intervenciones de ese tipo? La respuesta es sí, porque cuenta con los conocimientos y competencias generales de la psicología, puede diseñar y aplicar programas de intervención

psicológica orientados a la prevención y solución de problemas en los ámbitos de la salud, educación y las organizaciones.

El psicólogo educativo es el profesional de la psicología cuyo objetivo de trabajo es la intervención sobre el comportamiento humano en procesos educativos, mediante el desarrollo de las capacidades de las personas, grupos e instituciones. “Sánchez (1972) (citado por Talavera, 2005, p.54), menciona que la psicología educativa tiene como objetivo estudiar la conducta humana de una forma analítica y la corrección de la misma a través de aprendizajes positivos, sin olvidar su **función preventiva** y de orientación para evitar la aparición de la conducta negativa”.

Suele haber confusión respecto a los ámbitos en los que puede realizar intervenciones, por ser educativo se le limita sólo al escolar. Lo que se ignora al hacer esa afirmación es que los procesos educativos se dan durante toda la vida y en cualquier ámbito. Entendiendo el término educativo en el sentido más amplio de formación y desarrollo tanto personal como colectivo.

Los procesos de aprendizaje son continuos por la necesidad de sobrevivencia del hombre, éste tiene que aprender a desarrollar habilidades necesarias para enfrentar los desafíos básicos de la vida. El psicólogo educativo es uno de los profesionales que puede brindarle la atención necesaria para que pueda desarrollarlas de manera adecuada.

La promoción del consumo de drogas es uno de los retos a los que el hombre se enfrenta día a día, si éste ha desarrollado las competencias adecuadas para el cuidado de su salud probablemente disminuya la posibilidad de consumo. Si no cuenta con las competencias, la posibilidad de que el consumo se convierta en un problema es alta.

Para esta investigación la población de estudio fueron los adolescentes, que de acuerdo a la ENA 2008, es una de las poblaciones más vulnerable ante la problemática. Para la psicología educativa el consumo de drogas no es un problema ajeno de intervención o fuera de sus posibilidades.

Al existir la posibilidad de que cualquier persona pueda pasar por ese problema en cualquier etapa de desarrollo, entonces es posible la participación de este profesional en el proceso de prevención a cualquier nivel, dentro y fuera de instituciones escolares, recordando que los procesos educativos no están limitados a instituciones formales.

Para fines de este trabajo la intervención se realizó dentro de una institución educativa formal, una escuela secundaria. En ella existe la preocupación por realizar intervenciones de prevención ante el consumo de drogas ya que se han identificado casos del tipo. Pero es importante mencionar que no sólo por lo que se ha detectado dentro de la escuela sino también por la oferta que se da fuera de la comunidad escolar, por lo que los alumnos están en riesgo dentro y fuera de ella.

Donde quiera que se dé el consumo finalmente llegará a ser un problema que afecte a la comunidad escolar. Muchos de los chicos que abusan del consumo fuera de la escuela, llegarán a tener y ocasionar problemas de diferente índole dentro de la institución.

El psicólogo educativo tiene la oportunidad de brindar a los alumnos prevención primaria dentro de las escuelas para disminuir la posibilidad de consumo ante la oferta fuera de la comunidad escolar. Apoya a los alumnos en el desarrollo de conductas efectivas para el cuidado de la salud y esto de manera indirecta disminuye algunos de los problemas escolares a los que suele llevar el consumo.

Castañeda (1986) (citado por Talavera, M.I., 2005, p.55), señala que:

La psicología educativa tiene como propósito determinante contribuir a través de la evaluación, organización, implementación e investigación de los sistemas educativos a la resolución de los problemas inherentes a la educación como sistema, la resolución de los problemas individuales que afectan el rendimiento y la resolución de los problemas determinados por causas sociales en la educación elemental, media, superior, especial y marginal bajo sus dos modalidades: escolar y extraescolar.

Se considera importante que la prevención se realice en las escuelas con profesionales que puedan brindar el apoyo adecuado a los alumnos, que promuevan el desarrollo de conductas preventivas al consumo de ese tipo de sustancias, que puedan reforzar aspectos del comportamiento para mediar de manera directa o indirecta los efectos del ambiente sobre el organismo. Entre los profesionales que de acuerdo a su perfil pueden cubrir los aspectos antes mencionados, se encuentra el psicólogo educativo.

Por lo tanto este profesional podrá prevenir, proponiendo la introducción de modificaciones del entorno educativo y social que eviten la aparición o atenúen las alteraciones en el desarrollo educativo.

CAPÍTULO V. RESULTADOS

Siguiendo con el Diseño de cuatro grupos de Solomon se llevo a cabo el análisis de los datos obtenidos en la intervención. Se realizaron las comparaciones que este tipo de diseño establece. Para ello se utilizó el Paquete Estadístico GraphPad Quick Calculators for Scientists, se utilizó la prueba Paired t Test.

Aunque no se dispone de ningún procedimiento estadístico particular que utilice a un mismo tiempo los seis conjuntos de observaciones, y aunque se podrían estudiar los puntajes postest mediante un simple análisis 2 x 2 del diseño de varianza, creemos que si se consideran sólo los datos fundamentales: que Post E-1 > Post C-1, que Post E-2 > Post C-2, y que Post E-2 > Pre C-1 (como puede verificarse en Anexo 6, 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6, 6.7 y 6.8), se podría concluir que ninguna de las hipótesis alternativas a la experimental tuvo influencia en el resultado de la prueba.

Para facilitar la lectura de las comparaciones entre los grupos para el “Diseño de Cuatro Grupos de Solomon”, se presenta el siguiente cuadro:

Tabla 3. Diseño de Cuatro Grupos de Solomon

Grupo	Pre-test	Tratamiento Experimental	Pos-test
1 Experimental 2º “A”	<u>GE-1 Pre</u>	SI	<u>GE-1 Post</u>
2 Experimental 2º “B”		SI	<u>GE-2 Post</u>
1 Control 2º “C”	<u>GC-1 Pre</u>	NO	<u>GC-1 Post</u>
2 Control 2º “D”		NO	<u>GC-2 Post</u>

Fuente: Elaborada por Jorge Márquez Lozornio con base en: Campbell y Stanley (1970)

La primera comparación es entre GE-1 post con GE-1 pre, es decir; pos-test de 2º “A” con pre-test de 2º “A”.

Los resultados con la prueba t mostraron que no hay diferencia significativa en conocimiento, éste no aumentó significativamente, por lo que se puede decir que no fue efectivo el Tratamiento Experimental.

Para el GE-1 post conocimiento se obtuvo una media de 10.44 y desviación estándar de 4.75 con un total de 16 casos. Para el GE-1 pre conocimiento se obtuvo una media de 8.06 y desviación estándar de 2.98 con un total de 34 casos (Ver Anexos 6.1).

Los resultados mostraron que no hay diferencia significativa en disposición, no disminuyó significativamente. Para el GE-1 post disposición se obtuvo una media de 10.75 y desviación estándar de 5.45, con un total de 16 casos. Para GE-1 pre disposición se obtuvo una media de 11.41 y desviación estándar de 4.84, con un total de 34 casos (Ver Anexo 6.2).

Esta primera comparación muestra que el conocimiento no aumenta con una exposición informativa. Al no haber este cambio, tampoco hay posibilidad de disminución en la disposición. El Tratamiento Experimental, ni el pre-test produjeron cambio alguno.

La segunda comparación es entre GE-1 post con GC-1 post, es decir; 2º "A" pos-test con 2º "C" pos-test.

Los resultados con la prueba t mostraron una diferencia muy significativa en conocimiento. Para el GE-1 post conocimiento se obtuvo una media de 10.44 y desviación estándar de 4.75, con un total de 16 casos. Para el GC-1 post conocimiento se obtuvo una media de 6.45 y desviación estándar de 2.66 (Ver Anexo 6.3).

Esto indica que al ser mayor el promedio de conocimiento en GE-1 post tuvo que haber sido influencia del TE y con ello se descarta la posibilidad de que el simple pretest pueda producir cambio en el conocimiento.

Ahora bien, se refuta la posibilidad de cambio en el conocimiento de GE-1 post por TE debido a que en la primera comparación entre GE-1 post con GE-1 pre no se indica cambio alguno. Esto sugiere que el GE-1 pudo haber iniciado con un promedio alto, que su conocimiento antes del TE fuera mayor en comparación con los otros tres grupos.

Los resultados mostraron que no hay diferencia significativa en disposición (Ver Anexo 6.4). Si el TE hubiera aumentado el conocimiento y si este a su vez hubiera sido causa de disminución en disposición, se hubiera mostrado una diferencia significativa entre GE-1 post con GC-1 post, con un promedio mayor en el GE-1 post.

La tercera comparación es entre GE-2 post con GC-2 post, es decir; 2º “B” post con 2º “D” post.

Los resultados de la prueba t mostraron una extremada diferencia significativa en conocimiento. Para el GE-2 post conocimiento se obtuvo una media de 10.18 y desviación estándar de 4.36, con un total de 22 casos. Para el GC-2 post conocimiento se obtuvo una media de 7.60 y desviación estándar de 3.52, con un total de 35 casos. Esto sugiere que el TE produjo el aumento en conocimiento en el GE-2 post (Ver Anexo 6.5).

Los resultados mostraron que no hay diferencia significativa en disposición. Para GE-2 post disposición se obtuvo una media de 14.50 y desviación estándar de 5.89, con un total de 22 casos. Para GC-post disposición se obtuvo una media de 14.63 y desviación estándar de 5.75, con un total de 35 casos (Ver Anexo 6.6).

Los resultados de la tercera comparación indican que el TE es efectivo para aumentar el conocimiento sobre las consecuencias del uso de drogas, pero no es efectivo para disminuir la disposición.

La cuarta comparación es entre GE-2 post con GC-1 pre, es decir; 2º “B” post con 2º “C” pre.

Los resultados de la prueba t test mostraron una diferencia estadísticamente muy significativa en conocimiento. Para GE-2 post se obtuvo una media de 10.18 y desviación estándar de 4.36, con un total de 22 casos. Para GC-1 pre se obtuvo una media de 7.94 y desviación estándar de 3.66, con un total de 34 casos (Ver Anexo 6.7).

Los resultados mostraron que no hay diferencia estadísticamente significativa en disposición. Para GE-2 post se obtuvo una media de 14.50 y desviación estándar de 5.89, con un total de 22 casos. Para GC-1 pre se obtuvo una media de 11.91 y desviación estándar de 5.58, con un total de 34 casos (Ver Anexo 6.8).

Los resultados de la cuarta comparación muestran que el TE es efectivo para aumentar el conocimiento sobre las consecuencias del consumo de las cuatro drogas, pero no se produce ningún cambio significativo en el nivel de disposición.

En general con las cuatro comparaciones realizadas se muestra la posible refutación de la hipótesis. Tres comparaciones demuestran que hay una diferencia significativa en conocimiento, lo que significa que el TE es efectivo para aumentar el conocimiento sobre las consecuencias del uso de drogas, pero no hay cambio alguno en la disposición.

Aunque tres de las cuatro comparaciones apunten a la refutación de la hipótesis, aún sigue existiendo un dato que no es confiable, el de la primera comparación, GE-1 post con GE-1 pre. Para que se confirmaran los resultados obtenidos en las otras comparaciones, debió haber existido una diferencia significativa en conocimiento. Sin embargo, al no haberla, se considera la posibilidad de que el primer grupo tuviera al inicio un alto conocimiento en comparación con los otros grupos, o que algún factor imprevisto, que no se pudo identificar, fuera el responsable de este resultado.

Por lo tanto, para poder obtener un resultado más certero y confiable, se consideró necesario realizar el análisis con otro Diseño de Investigación que también pertenece al grupo de los Diseños experimentales verdaderos. Al realizar el análisis primero con el “Diseño de Cuatro Grupos de Solomon” permite tener los datos para utilizar otros diseños más sencillos. De esta manera se elimina al primer grupo que no cumple con las condiciones para ser comparado GE1.

El siguiente Diseño de Investigación se llama: “Diseño de Grupo Control Pretest Postest”. Se deben tener dos grupos, un experimental y un control. Al primero se le aplica un pre-test, TE y pos-test. Al segundo sólo se le aplica un pre-test y un pos-test. En este caso el Grupo Experimental será 2º “D” y el Grupo Control será 2º “C”.

Es importante aclarar que a petición de la Directora se les aplicó el TE a todos los grupos, por eso es que se tiene pre-test, TE y pos-test de 2º “D”. La aplicación de TE y pos-test a ese grupo se realizó posteriormente y por eso se puede utilizar como Grupo Experimental.

Para facilitar la lectura de las comparaciones en el “Diseño de Grupo Control Pretest Postest” se presenta el siguiente cuadro:

Tabla 4. Diseño de Grupo Control Pretest Postest

Grupos	Pre-test	Tratamiento Experimental	Pos-test
Experimental 2º “D”	<u>GE pre</u>	SI	<u>GE post</u>
Control 2º “C”	<u>GC pre</u>	NO	<u>GC post</u>

Fuente: Elaborada por Jorge Márquez Lozornio con base en: Campbell y Stanley (1970)

La primera comparación para este tipo de diseño es: GE pre con GE post, es decir; 2º “D” pre con 2º “D” post. Los datos obtenidos con la prueba t test muestran que hay una diferencia significativa en conocimiento, esto quiere decir que el TE es efectivo.

Para el GE pre se obtuvo una media de 7.60 y desviación estándar de 3.52, con un total de 35 casos. Para GE post se obtuvo una media de 9.85 y desviación estándar de 5.05, con un total de 34 casos (Ver Anexo 7 y 7.1).

Los resultados mostraron que no hay diferencia significativa en disposición para la comparación de GE pre con GE post. Aunque hubo cambio en conocimiento no lo hubo en la disposición.

Para el GE pre disposición se obtuvo una media de 14.63 y desviación estándar de 5.75, con un total de 35 casos. Para GE post disposición se obtuvo una media de 14.59 y desviación estándar de 6.07, con un total de 34 casos (Ver Anexo 7.2).

Esta primera comparación indica que el TE es efectivo para aumentar el conocimiento en las personas sobre las consecuencias del uso de las cuatro drogas, pero no produce ningún cambio en la disposición.

La segunda comparación es GC pre con GC post, es decir; 2º “C” pre con 2º “C” post. Los resultados obtenidos con la prueba t muestran una diferencia considerada estadísticamente no muy significativa.

Para GC pre conocimiento se obtuvo una media de 7.94 y desviación estándar de 3.66, con un total de 34 casos. Para GC post conocimiento se obtuvo una media de 6.45 y desviación estándar de 2.66, con un total de 31 casos (Ver Anexo 7.3).

La diferencia es que GC pre tiene un puntaje mayor en conocimiento que en GC post, el cual no es muy significativo estadísticamente. A pesar de eso es importante descartar la influencia de una variable externa o extraña que pudiera estar generando ese no muy significativo cambio.

Los resultados muestran que no hay diferencia estadísticamente significativa entre GC pre con GC post para disposición. No se produjo ningún cambio en disposición para estos grupos, lo cual puede considerarse correcto, ya que al no haber recibido TE no hay posibilidad de modificación.

Para GC pre disposición se obtuvo una media de 11.62 y desviación estándar de 5.68, con un total de 34 casos. Para GC post disposición se obtuvo una media de 15.00 y desviación estándar de 6.11., con un total de 31 casos (Ver Anexo 7.4).

La tercera comparación es GE pre con GC pre, es decir; 2º “D” pre con 2º “C” pre. Los resultados obtenidos con la prueba t test muestran que la diferencia no es estadísticamente significativa (Ver Anexo 7.5). Esto indica que los dos grupos se encontraban en el mismo nivel de conocimientos al principio, en la aplicación de pretest.

Así también se comprueba que la diferencia entre GC pre con GC post no es generada por el pretest, indica que hay una variable extraña que produjo la disminución en el conocimiento de manera no muy significativa.

Los resultados con la prueba t para GE pre disposición con GC pre disposición muestran que no hay diferencia significativa. Esto quiere decir que los niveles de disposición al inicio eran parecidos.

Para GE pre disposición se obtuvo una media de 14.63 y desviación estándar de 5.75, con un total de 35 casos. Para GC pre disposición se obtuvo una media de 11.62 y desviación estándar de 5.68, con un total de 34 casos (Ver Anexo 7.6).

Con este diseño se da de nuevo la posibilidad de refutar la hipótesis, ya que la primera comparación muestra un cambio significativo en el conocimiento. El TE fue efectivo para aumentar el conocimiento sobre las consecuencias del uso de drogas pero no para disminuir la disposición al consumo.

En la segunda comparación surge un cambio extraño, la disminución de conocimiento en el pos-test para el GC, el cual no recibió TE. Aunque la diferencia no es muy significativa, es importante descartar la influencia de otra variable. Por eso se decidió realizar el análisis de los datos con un tercer Diseño.

Se trata de un Diseño que se encuentra también dentro del grupo de los Experimentales Verdaderos. Es el “Diseño de Grupo Control con Postest”, para el cual se requiere de dos grupos; un grupo experimental y un grupo control. El primero recibe TE y postest. El segundo sólo recibe postest. El GE será 2º “B” y el GC será 2º “C”.

Para facilitar la lectura de la comparación entre los grupos para el “Diseño de Grupo Control con Postest” se presenta el siguiente cuadro:

Tabla 5. Diseño de Grupo Control con Postest

Grupos	Tratamiento Experimental	Pos-test
Experimental 2º "B"	SI	<u>GE post</u>
Control 2º "D"	NO	<u>GC post</u>

Fuente: Elaborada por Jorge Márquez Lozornio con base en: Campbell y Stanley (1970)

La comparación es GE post con GC post, es decir; 2º "B" post con 2º "D" post. Los resultados con la prueba t test mostraron que hay diferencia significativa en conocimiento.

Para GE post se obtuvo una media de 10.18 y desviación estándar de 4.36, con un total de 22 casos. Para GC post se obtuvo una media de 7.60 y desviación estándar de 3.52, con un total de 35 casos (Ver Anexo 8 y 8.1).

En GE post disposición con GC post disposición no hay diferencia significativa. No se produce cambio en la disposición, ésta no disminuye.

Para GE post disposición se obtuvo una media de 14.50 y desviación estándar de 5.89, con un total de 22 casos. Para GC post se obtuvo una media de 14.63 y desviación estándar de 5.75, con un total de 35 casos (Ver Anexo 8.2).

Este último diseño ya deja sin lugar a dudas la refutación de la hipótesis. La información sobre las consecuencias del uso de drogas no reduce la disposición a su consumo. La información aumenta el conocimiento sobre las consecuencias del uso de drogas, pero no produce cambio en la disposición, no la reduce.

Con esta investigación se comprueba que en los programas de prevención, la estrategia informativa sobre las consecuencias del uso de drogas, por sí sola, al menos, no es efectiva para disminuir la disposición al consumo.

CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados presentados se concluye que la hipótesis queda refutada. La información sobre las consecuencias del uso de drogas no reduce la disposición a su consumo. A través de la estrategia informativa se consigue aumentar el conocimiento, el método de enseñanza es efectivo, los alumnos aprenden. En disposición no se logra cambio alguno, no hay reducción. Los alumnos mantuvieron el mismo nivel de disposición antes y después de la intervención, es decir, por debajo del 50%.

Se decidió utilizar la estrategia informativa porque es la forma de intervención más común en las instituciones educativas y se quiso comprobar su efectividad. Además se supuso que permitiría en poco tiempo brindar la información y disminuir la disposición. Pero con esta investigación queda comprobado que no es suficiente, no se logra el cambio que se esperaba.

Ribes (2008) afirma que el individuo desarrolla capacidades instrumentales de dos tipos, de riesgo y de prevención. Una de tipo preventiva que se consideraba podía resultar útil en el problema del consumo de drogas, es la capacidad instrumental que se concibe como la disponibilidad de información acerca de por qué se tienen que realizar o no ciertas conductas, es decir, información sobre los motivos. Para esta investigación se decidió utilizarla, se brindó información a los alumnos acerca de las consecuencias del consumo de drogas como una manera de informarles que no debían consumirlas porque podrían tener una serie de consecuencias que afectarían su salud y su interacción en general. De acuerdo con lo que hasta aquí se ha expuesto y con lo que Ribes afirma, se supone que la estrategia informativa tenía altas probabilidades de ser efectiva.

La estrategia pudo no haber sido efectiva por una serie de factores, entre ellos, el que no se consideró lo que Ribes (2008) propone como parte de la capacidad instrumental concebida como la disponibilidad de información: "...la información como historia de una práctica efectiva o como información respecto de una historia de práctica efectiva" (p.59). A lo que Ribes aquí se refiere es que esa capacidad no constituye solamente el proceso de recibir y dar información, sino de poner en práctica ese conocimiento con la vida cotidiana y de alguna manera entrenar para desarrollar diferentes habilidades que le permitan al alumno decidir no consumir algún tipo de droga.

...la información por sí misma, sin estar vinculada a una práctica efectiva de reconocimiento de las condiciones, de ejercitación de las conductas implicadas y de contacto con sus efectos, no tiene ningún impacto en el comportamiento futuro efectivo de un individuo. La información entendida como lo que un individuo puede repetir o recordar de un texto, anuncio o consejo, tampoco constituye un indicador confiable de lo que se hará. (Ribes, 2008, p.59).

La información sólo puede considerarse como un elemento de apoyo a la práctica efectiva misma. Becoña y Martín (2004) explican que se han realizado diferentes estudios en los que se utiliza la estrategia informativa y que en los resultados se confirma que la información sola genera cambios en conocimiento pero no en actitudes, “los diferentes estudios coinciden básicamente en que, si bien pueden producir un incremento en los conocimientos objetivos sobre las drogas, esto no se traduce en un cambio de actitudes y comportamientos” (p.71).

A pesar de que la hipótesis ha sido refutada, esta investigación es de gran utilidad porque indica que para propósitos de prevención no basta con informar, hay que implementar otras estrategias. Como mencionan Becoña y Martín (2004) “la prevención no debe centrarse únicamente en la información sobre drogas, sino abarcar otros factores de riesgo y protección, y no debe limitarse a acciones puntuales” (p.75). Por lo tanto, la prevención en la escuela, acerca del consumo de drogas debe realizarse de manera integral.

El 1º de julio de 2010 se publicó en el periódico La Jornada que se busca en las escuelas prevenir las adicciones, para ello se propone capacitar a los profesores de primaria:

Las secretarías de Educación Pública y Salud capacitan a 570 mil profesores de primaria en todo el país para prevenir el consumo de alcohol, tabaco y drogas entre alumnos de 6 a 12 años. Los docentes recibirán información científica sobre el fenómeno de las adicciones, así como orientación y estrategias para manejar el tema frente a grupo. (Poy. 2010. p.44)

A principios de 2011 en la Delegación Álvaro Obregón se implementa un programa llamado “Cero venta de activo y solventes a menores de edad” y su eslogan es: “la mona mata porque te mata: la memoria, el habla, la vista, los riñones, el corazón, el cerebro y la vida”. El mensaje preventivo se encuentra escrito en la fachada de las escuelas y en los lugares más transitados de la delegación.

De acuerdo con los resultados presentados en esta investigación se puede inferir lo que sucederá con las dos medidas preventivas antes mencionadas y con todas aquéllas que se basen en proporcionar sólo información. La información científica sobre el fenómeno de las adicciones no será suficiente, hay que implementar otras medidas de prevención que se vinculen a la práctica.

Para próximas investigaciones se recomienda previamente percatarse que en las fechas programadas para la intervención no se presenten otros eventos que puedan afectar emocionalmente a los alumnos, como lo que sucedió para esta investigación, el mundial de futbol el primer día de la intervención, afectando su conducta y estado de ánimo. Asegurarse que el espacio en el que se realizará la intervención será el mismo para todos los grupos porque puede haber distractores que alteren la conducta y resultados. Proponer otra manera de evaluar ya que en este caso el inventario resultó tedioso para muchos alumnos porque lo relacionaban con un examen. Considerar aumentar el tiempo de intervención, llevar a cabo más sesiones en las cuales los alumnos participen, expongan sus dudas y sean participantes activos en la intervención.

Al realizar la investigación se confirma que la información no disminuye significativamente la disposición porque falta considerar otros aspectos que determinan el consumo. A continuación se explicarán brevemente las condiciones generales que de acuerdo a otras investigaciones se han establecido para que se dé el consumo de drogas, y así a partir de ellas se proponen algunas estrategias de intervención que podrían ser implementadas en las Escuelas Secundarias para fines de prevención.

Es importante mencionar que este tipo de prevención aplicada en las escuelas requiere de actuación y situaciones de aprendizaje continuadas en el tiempo, abordadas de una manera globalizada e interdisciplinaria, y se trata de una tarea que compete a toda la comunidad escolar.


De acuerdo con Laurie (1996) las condiciones para que se dé el consumo son las siguientes:

1. Para “engancharse” se requiere de cierta personalidad, por ejemplo; tener problemas para resistir la manipulación y dificultad para afrontar la frustración.
2. Estar en un periodo de crisis.
3. Que se dé la oferta oportuna de la droga.

Al considerando las condiciones anteriores y los resultados obtenidos en la Secundaria con la Intervención Preventiva, se sugieren algunas estrategias con sus respectivos ámbitos de intervención que se pueden utilizar en un programa de prevención integral de drogas dirigido a estudiantes. Las estrategias aparecen en el orden de prioridades detectadas durante la intervención.

❖ Aprendizaje de competencias/Entrenamiento en habilidades personales y sociales. Se enseñan habilidades genéricas para enfrentarse con la vida de forma amplia. Enfatizan en la aplicación de habilidades generales a situaciones directamente relacionadas con el uso de sustancias. Incluye el aprendizaje de habilidades: de solución de problemas y toma de decisiones; cognitivas generales para la resistencia a la presión interpersonal o de los medios de comunicación; de incremento del autocontrol y la autoestima; de afrontamiento adaptativo para el manejo del estrés y la ansiedad; asertivas generales.

- Toma de decisiones. Trata de potenciar el desarrollo de un pensamiento crítico y una toma de decisiones responsable. En este componente se contemplan aspectos relativos a las diferentes formas y estrategias para la toma de decisiones y la identificación de las tácticas que otros pueden utilizar para influir en nuestras propias decisiones.
- Control emocional. Diseñado para dotar a los estudiantes de técnicas para el afrontamiento de la ansiedad y la ira. Incluye aspectos relacionados con la identificación de situaciones ansiógenas, técnicas de control emocional tales como ejercicios de relajación, ensayo mental, pensamiento positivo, etc.
- Tolerancia y cooperación. Se trata de reconocer y respetar el valor de las diferencias y se discute la importancia del trabajo cooperativo dirigido a promover actitudes prosociales.

 Entrenamiento en el manejo de la ansiedad /
Entrenamiento en Terapia Racional Emotiva.

Técnicas corporales para el manejo de la ansiedad: entrenamiento en relajación muscular progresiva, meditación respiratoria.

- ❖ Habilidades de resistencia social. Se trata de entrenar habilidades específicas orientadas a hacer más conscientes a los jóvenes de los diferentes modos de presión social. Consisten en la enseñanza de habilidades específicas de resistencia a la presión del grupo de iguales y de los medios de comunicación social.
 - Entrenamiento en habilidades sociales. Recoge tanto habilidades de tipo general como técnicas de asertividad que pueden ser usadas para resistir con eficacia las presiones directas de los iguales proclives al consumo de alcohol, tabaco u otras drogas. Entre las más habituales se pueden destacar: habilidades de comunicación, inicio, mantenimiento y finalización de conversaciones, de comportamiento asertivo frente al pasivo o agresivo, de resistencia a la presión del grupo.
 - ✚ Competencias sociales: Defensa de derechos, expresión socialmente aceptable de las emociones y habilidades para resistir la manipulación. Entrenamiento asertivo: conductas de aproximación social, conductas de protección rechazo.
- ❖ Generación de alternativas. Incluyen una gran variedad de actividades musicales, deportivas, grupos de encuentro, participación en proyectos comunitarios, etc.
 - Criterios de ocio. Se ofrece educación para un ocio saludable ofertando alternativas para satisfacer la necesidad de búsqueda de sensaciones así como los criterios para valorar esas alternativas.
- ❖ Estrategias de educación afectiva. Se dirigen al desarrollo afectivo. Se focalizan hacia el aumento del autoconocimiento y la aceptación de uno mismo a través de actividades de clarificación de valores y asunción de

responsabilidad en las decisiones. Promueven la comunicación interpersonal y la introducción de mensajes de tipo normativo referidos a la responsabilidad del uso de drogas.

- Autoimagen y autosuperación. Trabaja acerca de cómo se forma la imagen que el adolescente tiene de sí mismo y el desarrollo de un proyecto de autosuperación. Enseñarles a ser eficientes y efectivos a partir del establecimiento de metas. Entrenamiento en el desarrollo de habilidades para resolución de problemas cotidianos. Técnicas para el desarrollo de la autodisciplina.

REFERENCIAS

- Aguilera, G.M. (2007). *Disciplina, violencia y consumo de sustancias nocivas a la salud en escuelas primarias y secundarias de México*. México, INEE, pp.23-31.
- Amos, J. (2004). *¿Cómo afectan las drogas en el cuerpo y mente de Alejandro?* España, EVEREST, pp.34.
- Arriola, M. (23 de septiembre 2008). *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*. La Crónica de Hoy. Recuperado 15/08/09 en: http://www.cronica.com.mx/nota.php?id_nota=386715.
- Becoña, E. y Martín, E. (2004). *Manual de intervención en drogodependencias*. España, Síntesis, pp.67-97, 149-193.
- Borrego, T.A. (s.a). *Anfetaminas*. Revista LiberAddictus. Recuperado 23/04/2010 en: http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Anfetaminas/Articulos/anfetaminas.pdf.
- Campbell, D. y Stanley, J. (1970). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Buenos Aires, Amorrortu, pp. 9-68.
- Carpio, C. (1999). *La creatividad como conducta*. En: A. Bazán (Comp.). *Aportes conceptuales y metodológicos en Psicología aplicada*. México, Instituto Tecnológico de Guadalajara, pp.37-54.
- Elizondo, L.J. (julio-agosto 2004). *Adolescencia y consumo de drogas: combinación explosiva*. LiberAddictus. No. 80. Recuperado 6/10/2009 en: http://www.liberaddictus.org/art_detalle.php?articulo=776.

- ENA. (1998). *El consumo de drogas en México: Diagnóstico, Tendencias y Acciones*. CONADIC. Recuperado 30/01/10 en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/CDM1-2.htm>.
- ENA. (2002). *Tabaco, alcohol y otras drogas. Resumen ejecutivo*. Investigación. CONADIC. Recuperado 29/01/10 en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7326.pdf>.
- ENA. (2008). *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*. CONADIC. Recuperado 29/01/10 en: http://www.insp.mx/images/stories/INSP/EncNacAd./Docs/ENA08_nacional.pdf.
- Fize, M. (2007). *Los adolescentes*. México. FCE. Pp.135.
- Funes, J. (1996). *Drogas y Adolescentes*. FUNDACIÓN DE AYUDA CONTRA LA DROGADICCIÓN. Madrid, Aguilar, pp.224.
- Gallegos, D.J. (1996). II. *Prevención de la drogadicción en la escuela*. Madrid, Bruño, pp. 7-120.
- Gaudet, E. (2004). *Drogas y adolescencia: una guía para responder a las dudas de los padres*. México, Promexa, pp.138.
- GDF (2009). *Dirección Política Poblacional*. Breviario de Álvaro Obregón. Recuperado 27/02/2011 en: <http://www.copo.df.gob.mx/publicaciones.09/alvaroobregon.pdf>.
- González, C.F., García, S.M. y González, G.S. *Consumo de drogas en la adolescencia*. Psicothema. Vol.8. No.2, pp.257-267. Recuperado 8/01/2010 en: <http://www.psicothema.com/pdf/24.pdf>.

- Hernández, K. y de Régules, S., (moderadores), González, M.B. (productora), (5 de agosto de 2010). *Legislación de las drogas en México*. Las respuestas de la ciencia. México, teveunam, canal del congreso.
- INEGI. (2011). *Encuesta Nacional de Adicciones*. México. Recuperado 3/03/11 en:http://200.23.8.5/est/contenidos/espanol/proyectos/metadatos/encuestas/ena_2312.asp?c=6186.
- Jaime, E., Vargas, M. (2003). Gylbert Ryle. *Apuntes para un seminario*. Recuperado 11/08/10 en: http://www.conductitlan.net/seminarios/gibert_ryle.pdf. Conductitlan. Un portal para la divulgación del análisis de la conducta. Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C. Fundada en 1976.
- Joomla. Clasificación de las drogas según su peligrosidad. Recuperado 8/11/09 en: <http://www.lasdrogas.com>.
- Kantor, J.R., Smith, N.W. (1975). *The science of psychology: un intervehavioral Survey*. Capítulo I. El aislamiento y la investigación de los eventos psicológicos. USA: Principia Press, pp.3-17.
- Kantor, J.R., Smith, N.W. (1975). *The science of psychology: un intervehavioral survey*. Primera sección del Capítulo II. Varios puntos de vista en Psicología. USA: Principia Press, pp. 18-22.
- Kantor, J.R., Smith, N.W. (1975). *The science of psychology: un intervehavioral survey*. Capítulo XV. Interconducta emocional. La interacción emocional típica. USA: Principia Press, pp.239-252.
- Kantor, J.R. (diciembre 1980). *Manifiesto de la psicología interconductual*. Revista mexicana de análisis de la conducta, Vol. 6, no. 2, Trillas, pp. 117-128.
- Laurie, P. (1996). *Las drogas: aspectos médicos, psicológicos y sociales*. España, Alianza, pp.207.

- Macià, A.D. (1999). *Las drogas: conocer y educar para prevenir*. Madrid. Pirámide, pp.181.
- Martorell, J.L., Prieto, J.L. (s.f.). *Introducción a la Psicología*. UNED. Curso de acceso resumen del manual. Fundamentos de la Psicología. Sección: El estructuralismo. Recuperado 22/02/11 en: <http://www.e-torredebabel.com>.
- Moradillo, F. (2001). *Adolescentes, drogas y valores*. Materiales educativos para la escuela y el tiempo libre. Madrid, CCS, pp.15.
- Moore, J. (1984). *Conceptual contributions of Kantor's interbehavioral psychology. The behavior analyst*. (Jorge Márquez, Trad.). 7(2), 183-187. Recuperado 22/10/2010 en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2741743/>.
- Nató, Alejandro y Rodríguez, Q.G. (2001). *Las víctimas de las drogas*. Buenos Aires. Editorial universidad. pp.158.
- P. Lorenzo, J.M. Ladero, J.C. Leza e I. Lizasoain (2003). *Drogodependencia: farmacología, patología, psicología, legislación*. 2ª ed. Madrid: Médica Panamericana, pp.3-69, 159-187, 203-215, 263-299, 325-335.
- Pack, Donald. (2002). *Drogadicción*. México, Lumen, pp.78.
- Pérez, de la B.C. (2001). *Situación actual de las drogas en México*. Instituto para el Estudio de las Adicciones. Recuperado 29/01/10 en:<http://www.lasdrogas.info>.
- Poy, L. (jueves 1º de julio de 2010). *Buscan en escuelas prevenir adicciones*. La jornada. México. Recuperado 1/07/2010 en: <http://www.lajornada.unam.mx/2010/07/01/index.php?section=sociedad&articulo=044n2soc>.
- Rayle, G. (1967). *El concepto de lo mental*. Capítulo V. Disposiciones y acontecimientos. Buenos Aires. PAIDOS. pp. 103-137.

- Reyes, Ma. A. (enero-marzo 2007). *La psicología interconductual: un nuevo paradigma aplicado a la educación*. Synthesis, 41, 1-6. Recuperado 11/01/2011 en: http://www.uach.mx/extensión_y_difusion/synthesis.
- Ribes, I. E. (2008). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. México. Trillas. pp. 101.
- Rodríguez, C. M. (2008). *Emociones y salud: algunas consideraciones*. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, p.1-13.
- Salkind, N.J. (1999). *Métodos de Investigación*. Capítulo 10. Métodos De investigación experimental. México, PRENTICE HALL., pp. 233-248.
- Sampieri, H.R., Fernández, C.C., Baptista, L.P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México, DF. McGraw-Hill. p.320-340.
- San Román, J.M. (2005). *Interconductismo; principios básicos*. Portal sobre análisis de conducta, conductismo e interconductismo. Recuperado 21/02/11 en: <http://www.conducta.org/articulos/principios-interconductismo.htm>.
- Scout, Alex. (2003). *El concepto de la mente, en el pensamientos de Gilbert Ryle*. En: Jaime, E., Vargas, M., Gilbert Ryle. Apuntes para un seminario. Recuperado 11/08/10 en: http://www.conductitlan.net/seminarios/gibert_ryle.pdf. Conductitlan. Un portal para la divulgación del análisis de la conducta. Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C. Fundada en 1976.
- SEP (2006). *Educación básica. Secundaria. Plan de estudios 2006*. México. Recuperado 23/03/2010 en: <http://basica.sep.gob.mx/reformaintegral/sitio/pdf/secundaria/plan/PlanEstudios2006.pdf>.

SEP (2007). *Educación básica. Programa Nacional Escuela Segura*. México.

Recuperado 23/03/2010 en:

<http://basica.sep.gob.mx/escuelasegura/start.php?act=programa>.

Smith, N.W. (s.f.). *Psicología interconductual de campo*. (Ramón S. Abascal, Trad.).

Recuperado 4/02/11 en: <http://web.utk.edu/wverplan/kantor/smith2esp.html>.

Talavera, M.T. (2005). *Papel del psicólogo educativo en la prevención de la*

fármacodependencia. Tesis de licenciatura en psicología educativa. UPN.

México. 123 pp. Recuperado 25/05/09 en: <http://biblioteca.ajusco.upn.mx>

Vargas, J.A. (diciembre 2006). *Brevísima historia de la psicología: la psicología*

interconductual. Revista electrónica de psicología Iztacala, vol.9, no.3. UNAM.

ESI, 43-71. Recuperado 11/01/11 en:

<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol9num3/art7vol9no3>

.pdf

A n e x o s

ANEXOS

Anexo 1

INVENTARIO DE OPINIONES

Instrucciones: este inventario consta de 20 afirmaciones, que no son ni verdaderas ni falsas, y por lo tanto no presentan posibilidad de error. Cualquier cosa que nos digas respecto a cada una de ellas nos será muy valiosa, ya que expresa tu opinión personal. Esto es lo que nos interesa. Queremos saber lo que tú opinas de cada una de estas afirmaciones sobre algunas sustancias, y en ningún caso tu respuesta será considerada “correcta” o “incorrecta”. Será simplemente esto: tu punto de vista, y si nos lo proporcionas podremos tener una idea de la opinión general del grupo. Es la opinión general la que nos interesa, por eso no es necesario que pongas tu nombre. No lo pongas.

Una vez leída la afirmación, selecciona la respuesta que consideres conveniente de acuerdo a lo que opinas. **Rellena la opción correspondiente en la “hoja de respuestas” que se anexa a este inventario.** Anota sólo una respuesta para cada afirmación, y no dejes ninguna sin contestar.

Las opciones de respuestas son las siguientes:

- A) COMPLETAMENTE DE ACUERDO
- B) DE ACUERDO
- C) NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO
- D) EN DESACUERDO
- E) COMPLETAMENTE EN DESACUERDO.

1. El consumo de marihuana origina confusión y dificultad en la memorización de tareas sencillas.
2. Si yo asistiera a fiestas divertidas en las que la mayoría de las personas inhala thinner y pvc, no invitaría a mis amigos.
3. El consumo de anfetaminas disminuye el cansancio y como esta se percibe como sensación de energía aumenta el rendimiento físico.
4. Le aconsejaría a un amigo que siempre es agredido por otros compañeros, consumir cocaína para que así ya lo respeten y le tengan miedo.
5. Todos debemos estar a favor del consumo de drogas como: marihuana, cocaína, inhalables y anfetaminas.
6. El consumo de cocaína aumenta la capacidad de comprensión, facilitando de esta manera la adquisición de mayor conocimiento.

7. Yo no trataría de convencer a alguien sobre las consecuencias del consumo de anfetaminas en la salud.
8. El inhalar por primera vez pvc ó thinner puede producir la muerte.
9. Trataría de convencer a mis amigos que el consumo de cocaína ayuda a obtener mejores calificaciones.
10. El consumo de anfetaminas alarga el tiempo de vida del consumidor.
11. Les recomendaría a mis amigos fumar marihuana para ser más populares en la comunidad.
12. El consumo de cocaína aunque sea de manera ocasional puede causar hemorragias cerebrales.
13. El consumo de marihuana produce mayor capacidad de atención.
14. Si tuviera que estudiar mucho tiempo para obtener una buena calificación, yo no consumiría anfetaminas.
15. El rendimiento escolar de los alumnos que consumen marihuana es mejor que el de los demás compañeros.
16. Yo no inhalaría thinner aunque mis amigos y compañeros se burlarán constantemente de mí.
17. Yo probaría alguna droga para solucionar un problema grave con mi familia, amigos, novio (a), profesores, etc., y de esta manera sentirme mejor.
18. Si mi mejor amigo me regalara marihuana, yo no la fumaría.
19. Una consecuencia secundaria de las anfetaminas es la desnutrición.
20. Cuando alguien frecuentemente está con personas mientras inhalan el thinner o pvc se puede hacer adicto.

**INVENTARIO DE OPINIONES
HOJA DE RESPUESTAS**

Sexo: Femenino () Masculino () Edad: ____ Grado: ____ Grupo: ____

Ejemplo:

1. (A) (B) (C) (D) (E)

1. (A) (B) (C) (D) (E)

2. (A) (B) (C) (D) (E)

3. (A) (B) (C) (D) (E)

4. (A) (B) (C) (D) (E)

5. (A) (B) (C) (D) (E)

6. (A) (B) (C) (D) (E)

7. (A) (B) (C) (D) (E)

8. (A) (B) (C) (D) (E)

9. (A) (B) (C) (D) (E)

10. (A) (B) (C) (D) (E)

11. (A) (B) (C) (D) (E)

12. (A) (B) (C) (D) (E)

13. (A) (B) (C) (D) (E)

14. (A) (B) (C) (D) (E)

15. (A) (B) (C) (D) (E)

16. (A) (B) (C) (D) (E)

17. (A) (B) (C) (D) (E)

18. (A) (B) (C) (D) (E)

19. (A) (B) (C) (D) (E)

20. (A) (B) (C) (D) (E)

Anexo 2

Comparación estadística de prueba piloto

Nivel de disposición por grupo de aprobados y no aprobados

Enter data

[Help me arrange the data.](#)

Label:	Aprobados	No aprobados	6:	5	9
1:	3	0	7:	6	11
2:	4	2	8:	8	14
3:	4	5	9:	8	15
4:	4	6	10:	11	22
5:	5	6	11:		23

Paired *t* test results

P value and statistical significance:

The two-tailed P value equals 0.0417

By conventional criteria, this difference is considered to be statistically significant.

Confidence interval:

The mean of Aprobados minus No aprobados equals -3.20

95% confidence interval of this difference: From -6.25 to -0.15

Intermediate values used in calculations:

$t = 2.3734$

$df = 9$

standard error of difference = 1.348

Learn more:

GraphPad's web site includes portions of the manual for GraphPad Prism that can help you learn statistics. First, review the meaning of [P values](#) and [confidence intervals](#). Next check whether you [chose an appropriate test](#). Then learn how to interpret results from an [unpaired](#) or [paired](#) *t* test. These links include GraphPad's popular *analysis checklists*.

Review your data:

Group	Aprobados	No aprobados
Mean	5.80	10.27
SD	2.49	7.59
SEM	0.79	2.29
N	10	11

Anexo 3

CRONOGRAMA “Intervención Preventiva sobre el consumo de drogas: inhalables, marihuana, cocaína y anfetaminas, en Adolescentes, Estudiantes de Secundaria”

Fecha	Grupo	Hora	Actividades	Medios Didácticos
Jueves 10 junio del 2010	2º “A”	De 9:10 a 9:30	Pre-test (Aplicación del Inventario de Opiniones)	<u>Salón de clases</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pizarrón ➤ Copias del Inventario de Opiniones
	2º “C”	De 9:35 a 9:55		
Viernes 11 de junio del 2010	2º “A”	De 7:30 a 8:30	Plática informativa. Pos-test (Aplicación de Inventario de opiniones). Entrega de un tríptico a los Alumnos.	<u>Sala de Medios</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lap Top ➤ Cañón ➤ Copias del inventario de opiniones. ➤ Copias del tríptico
	2º “B”	De 8:30 a 9:30		
	2º “C”	De 9:45 a 10:05	Pos-test (Aplicación del Inventario de Opiniones)	
	2º “D”	De 10:10 a 10:30		
Lunes 14 de junio del 2010	1º “A”	De 8:20 a 8:40	Pre-test (Aplicación del Inventario de Opiniones)	<u>Salón de clases</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pizarrón ➤ Copias del Inventario de Opiniones
	1º “B”	De 8:45 a 9:05		
	1º “C”	De 9:10 a 9:30		
	1º “D”	De 9:35 a 9:55		
	1º “E”	De 10:00 a 10:20		

Martes 15 de junio del 2010	1º "A"	De 7:30 a 8:30	<p>Plática informativa.</p> <p>Pos-test (Aplicación de Inventario de opiniones).</p> <p>Entrega de un tríptico a los Alumnos.</p>	<p><u>Sala de Medios</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lap Top ➤ Cañón ➤ Copias del Inventario de opiniones. ➤ Copias del tríptico
	1º "B"	De 8:30 a 9:30		
	1º "C"	De 9:30 a 10:30		
	1º "D"	De 11:10 a 12:10		
	1º "E"	De 12:10 a 1:10		
Miércoles 16 de junio del 2010	2º "C"	De 7:30 a 8:30	<p>Plática informativa.</p> <p>Pos-test (Aplicación de Inventario de opiniones).</p> <p>Entrega de un tríptico a los Alumnos.</p>	<p><u>Sala de Medios</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lap Top ➤ Cañón ➤ Copias del Inventario de opiniones. ➤ Copias del tríptico
	2º "D"	De 8:30 a 9:30		
	2º "E"	De 9:30 a 10:30		
	3º "A"	De 11:10 a 12:10		
	3º "B"	De 12:10 a 1:10		
Jueves 17 de junio del 2010	3º "C"	De 7:30 a 8:30	<p>Plática informativa.</p> <p>Pos-test (Aplicación de Inventario de opiniones).</p> <p>Entrega de un tríptico a los Alumnos.</p>	<p><u>Sala de Medios</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lap Top ➤ Cañón ➤ Copias del Inventario de opiniones. ➤ Copias del tríptico
	3º "D"	De 8:30 a 9:30		

Anexo 4

“Intervención Preventiva sobre el consumo de drogas: inhalables, mariguana, cocaína y anfetaminas, en Adolescentes, Estudiantes de Secundaria”

Ámbito de intervención. Escolar

Nivel. Primer nivel (reducir riesgos)

Estrategia: Informativa

Componentes básicos a abordar:

Cognitivo. Se enmarca dentro de la educación para la salud y suele estar diseñado para presentar información a los alumnos, tanto sobre las sustancias y los riesgos asociados a su consumo como sobre la prevalencia de éste en las distintas drogas.

Meta. Reducir la disposición que los estudiantes tienen al consumo de drogas.

Objetivo General. Reducir la disposición al consumo de drogas (mariguana, cocaína, inhalables y anfetaminas) en los estudiantes, a través de una **plática preventiva con estrategia informativa sobre las consecuencias** de su uso.

Nombre del curso ó plática	Consecuencias del consumo de drogas: inhalables, mariguana, cocaína y anfetaminas.
Tema	<u>Conocimiento</u> sobre las <i>consecuencias</i> del consumo de drogas: inhalables, mariguana, cocaína y anfetaminas. <u>Disposición</u> al <i>consumo</i> de drogas: inhalables, mariguana, cocaína y anfetaminas.
Objetivo	<u>Evaluar el nivel de conocimiento</u> sobre las consecuencias del consumo de drogas: mariguana, cocaína, inhalables y anfetaminas, en los estudiantes, a través de un inventario de opiniones. <u>Evaluar la disposición al consumo</u> de drogas: mariguana, cocaína, inhalables y anfetaminas, en los estudiantes, a través de un inventario de opiniones.
Técnicas Didácticas	Pre-test
Actividades a. Instructor	a. Dar instrucciones acerca de la manera en que se debe responder el inventario de opiniones.

b. Participante	b. Seguir las instrucciones indicadas por el instructor y responder el inventario de opiniones.
Medios Didácticos	Pizarrón Copias del inventario de opiniones
Tiempo	20 minutos por grupo

Nombre del curso ó plática	Consecuencias del consumo de drogas: inhalables, marihuana, cocaína y anfetaminas.
Tema	Consecuencias del consumo de drogas: inhalables, marihuana, cocaína y anfetaminas.
Objetivo	Informar a los estudiantes a través de una <u>plática estructurada</u> informativa, las principales consecuencias del consumo de drogas: marihuana, cocaína, inhalables y anfetaminas.
Técnicas didácticas	<ul style="list-style-type: none"> • Expositiva • De Interrogación
Actividades a. Instructor b. Participante	<p>a. Exposición sobre las consecuencias del consumo de drogas: inhalables, marihuana, cocaína y anfetaminas.</p> <p>Aclarar las dudas de los alumnos al final de la exposición.</p> <p>b. Escuchar y comprender la información que se proporciona a través de la exposición oral y la presentación en Power Point.</p> <p>Ver y reflexionar sobre los esquemas e imágenes.</p> <p>Exponer sus dudas al final de la exposición.</p>
Medios Didácticos	<u>Sala de Medios</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lap Top ➤ Cañón
Tiempo	40 minutos por grupo

Nombre del curso ó plática	Consecuencias del consumo de drogas: inhalables, marihuana, cocaína y anfetaminas.
Tema	<u>Conocimiento</u> sobre las <i>consecuencias</i> del consumo de drogas: inhalables, marihuana, cocaína y anfetaminas. <u>Disposición</u> al <i>consumo</i> de drogas: inhalables, marihuana, cocaína y anfetaminas.
Objetivo	Post evaluar el nivel de <u>conocimientos</u> sobre las consecuencias del consumo de drogas: marihuana, cocaína, inhalables y anfetaminas, en los estudiantes, a través de un inventario de opiniones, después de haber asistido a la plática informativa. Post evaluar la <u>disposición</u> al consumo de drogas: marihuana, cocaína, inhalables y anfetaminas, en los estudiantes, a través de un inventario de opiniones, después de haber asistido a la plática informativa.
Técnicas didácticas	Post-test
Actividades a. Instructor b. Participante	a. 1. Dar instrucciones acerca de la manera en que se debe responder el inventario de opiniones. 2. Cuando los alumnos terminan de responder el inventario de opiniones, se les entrega un tríptico con los puntos relevantes de la exposición b. Seguir las instrucciones indicadas y responder el inventario de opiniones.
Medios Didácticos	<u>Sala de Medios</u> ➤ Copias del inventario de opiniones.
Tiempo	15 minutos por grupo

Anexo 5

Intervención Preventiva sobre el consumo de drogas: marihuana, cocaína, inhalables y anfetaminas, en adolescentes, estudiantes de secundaria.

**PRESENTA: ALEJANDRA CRUZ TIRADO
UPN, UNIDAD 094 DF-CENTRO
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA**

Ámbito de intervención. Escolar

Nivel. Primer nivel (reducir riesgos)

Estrategia: Informativa

Componentes básicos a abordar:

Cognitivo. Se enmarca dentro de la educación para la salud y suele estar diseñado para presentar información a los alumnos, tanto sobre las sustancias y los riesgos asociados a su consumo como sobre la prevalencia de éste en las distintas drogas.

Meta. Reducir la disposición que los estudiantes tienen al consumo de drogas.

Objetivo General. Reducir la disposición al consumo de drogas (marihuana, cocaína, inhalables y anfetaminas) en los estudiantes, a través de una **plática preventiva con estrategia informativa sobre las consecuencias** de su uso.

La intervención consistirá en:

1ª Sesión (20 minutos por grupo)

- Evaluar el nivel de conocimiento sobre las consecuencias del consumo de drogas: marihuana, cocaína, inhalables y anfetaminas, en los estudiantes, a través de un inventario de opiniones.
- Evaluar la disposición al consumo de drogas: marihuana, cocaína, inhalables y anfetaminas, en los estudiantes, a través de un inventario de opiniones.

2ª Sesión (de 50 a 60 minutos por grupo)

- Informar a los estudiantes a través de una plática estructurada informativa, las principales consecuencias del consumo de drogas: mariguana, cocaína, inhalables y anfetaminas.
- Post evaluar el nivel de conocimientos sobre las consecuencias del consumo de drogas: mariguana, cocaína, inhalables y anfetaminas, en los estudiantes, a través de un inventario de opiniones, después de haber asistido a la plática informativa.
- Post evaluar la disposición al consumo de drogas: mariguana, cocaína, inhalables y anfetaminas, en los estudiantes, a través de un inventario de opiniones, después de haber asistido a la plática informativa.
- Proporcionar a cada alumno un folleto con los principales puntos que se abordaron en la plática informativa.

El inventario de opiniones consta de 20 afirmaciones, 10 miden el conocimiento de los alumnos acerca de las consecuencias de las drogas: mariguana, cocaína, inhalables y anfetaminas. Las consecuencias a las que se hace referencia tanto en el inventario como en la plática son a nivel: orgánico o físico, psicológico, social, legal y económico. Las otras 10 afirmaciones miden la disposición que tienen al uso de estas sustancias.

El motivo por el cuál se consideran sólo estas cuatro drogas, es porque de acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones 2008, los adolescentes menores de 17 años inician el consumo principalmente con estas sustancias.

De acuerdo con la estrategia y los componentes básicos de esta intervención, los medios didácticos a utilizar en la plática sólo pueden ser: pizarrón, material impreso (folleto), computadora (con cañón y audio) o multimedia con audio, se requieren estas características porque se realizará la proyección de diapositivas y videos.

En caso de no contar en la secundaria con computadora o multimedia, la persona encargada de impartir la plática, puede diseñar y utilizar láminas con esquemas e ilustraciones significativas, y llevar una grabadora.

Anexo 6

Diseño de Cuatro Grupos de Solomon

Anexo 6.1

Primera comparación conocimiento: GE-1 pre conocimiento con GE-1 post conocimiento

Paired *t* test results

P value and statistical significance:

The two-tailed P value equals 0.4036

By conventional criteria, this difference is considered to be not statistically significant.

Confidence interval:

The mean of GE-1 pre minus GE-1 post equals -0.81

95% confidence interval of this difference: From -2.83 to 1.20

Intermediate values used in calculations:

$t = 0.8596$

$df = 15$

standard error of difference = 0.945

Learn more:

GraphPad's web site includes portions of the manual for GraphPad Prism that can help you learn statistics. First, review the meaning of [P values](#) and [confidence intervals](#). Next check whether you [chose an appropriate test](#). Then learn how to interpret results from an [unpaired](#) or [paired](#) *t* test. These links include GraphPad's popular *analysis checklists*.

Review your data:

Group	GE-1 pre	GE-1 post
Mean	8.06	10.44
SD	2.98	4.75
SEM	0.51	1.19
N	34	16

Anexo 6.2

Primera comparación disposición: GE-1 pre disposición con GE-1 post disposición

Paired *t* test results

P value and statistical significance:

The two-tailed P value equals 0.2624

By conventional criteria, this difference is considered to be not statistically significant.

Confidence interval:

The mean of GE-1 pre disposición minus GE-1 post disposición equals -2.06

95% confidence interval of this difference: From -5.84 to 1.71

Intermediate values used in calculations:

$t = 1.1644$

$df = 15$

standard error of difference = 1.771

Learn more:

GraphPad's web site includes portions of the manual for GraphPad Prism that can help you learn statistics. First, review the meaning of [P values](#) and [confidence intervals](#). Next check whether you [chose an appropriate test](#). Then learn how to interpret results from an [unpaired](#) or [paired](#) *t* test. These links include GraphPad's popular *analysis checklists*.

Review your data:

Group	GE-1 pre disposición	GE-1 post disposición
Mean	11.41	10.75
SD	4.84	5.45
SEM	0.83	1.36
N	34	16

Anexo 6.3

Segunda comparación conocimiento: GE1-Post conocimiento con GC-1 Post conocimiento

Paired *t* test results

P value and statistical significance:

The two-tailed P value equals 0.0051

By conventional criteria, this difference is considered to be very statistically significant.

Confidence interval:

The mean of GE1-Post conocimiento minus GC-1 Post conocimiento equals 5.00
95% confidence interval of this difference: From 1.75 to 8.25

Intermediate values used in calculations:

$t = 3.2791$

$df = 15$

standard error of difference = 1.525

Learn more:

GraphPad's web site includes portions of the manual for GraphPad Prism that can help you learn statistics. First, review the meaning of P values and confidence intervals. Next check whether you chose an appropriate test. Then learn how to interpret results from an unpaired or paired *t* test. These links include GraphPad's popular *analysis checklists*.

Review your data:

Group	GE1-Post conocimiento	GC-1 Post conocimiento
Mean	10.44	6.45
SD	4.75	2.66
SEM	1.19	0.48
N	16	31

Anexo 6.4

Segunda comparación disposición: GE1-Post disposición con GC-1 Post disposición

Paired *t* test results

P value and statistical significance:

The two-tailed P value equals 0.1708

By conventional criteria, this difference is considered to be not statistically significant.

Confidence interval:

The mean of GE1-Post disposición minus GC-1 Post disposición equals -2.75

95% confidence interval of this difference: From -6.82 to 1.32

Intermediate values used in calculations:

$t = 1.4386$

$df = 15$

standard error of difference = 1.912

Learn more:

GraphPad's web site includes portions of the manual for GraphPad Prism that can help you learn statistics. First, review the meaning of [P values](#) and [confidence intervals](#). Next check whether you [chose an appropriate test](#). Then learn how to interpret results from an [unpaired](#) or [paired](#) *t* test. These links include GraphPad's popular *analysis checklists*.

Review your data:

Group	GE1-Post disposición	GC-1 Post disposición
Mean	10.75	15.00
SD	5.45	6.11
SEM	1.36	1.10
N	16	31

Anexo 6.5

Tercera comparación conocimiento: GE2-Post conocimiento con GC-2 Post conocimiento

Paired *t* test results

P value and statistical significance:

The two-tailed P value equals 0.0003

By conventional criteria, this difference is considered to be extremely statistically significant.

Confidence interval:

The mean of GE2-Post conocimiento minus GC-2 Post conocimiento equals 4.32

95% confidence interval of this difference: From 2.22 to 6.42

Intermediate values used in calculations:

$t = 4.2778$

$df = 21$

standard error of difference = 1.009

Learn more:

GraphPad's web site includes portions of the manual for GraphPad Prism that can help you learn statistics. First, review the meaning of [P values](#) and [confidence intervals](#). Next check whether you [chose an appropriate test](#). Then learn how to interpret results from an [unpaired](#) or [paired](#) *t* test. These links include GraphPad's popular *analysis checklists*.

Review your data:

Group	GE2-Post conocimiento	GC-2 Post conocimiento
Mean	10.18	7.60
SD	4.36	3.52
SEM	0.93	0.60
N	22	35

Anexo 6.6

Tercera comparación disposición: GE2-Post disposición con GC-2 Post disposición

Paired t test results

P value and statistical significance:

The two-tailed P value equals 0.5541

By conventional criteria, this difference is considered to be not statistically significant.

Confidence interval:

The mean of GE2-Post disposición minus GC-2 Post disposición equals -1.27

95% confidence interval of this difference: From -5.68 to 3.13

Intermediate values used in calculations:

$t = 0.6012$

$df = 21$

standard error of difference = 2.117

Learn more:

GraphPad's web site includes portions of the manual for GraphPad Prism that can help you learn statistics. First, review the meaning of [P values](#) and [confidence intervals](#). Next check whether you [chose an appropriate test](#). Then learn how to interpret results from an [unpaired](#) or [paired](#) *t* test. These links include GraphPad's popular *analysis checklists*.

Review your data:

Group	GE2-Post disposición	GC-2 Post disposición
Mean	14.50	14.63
SD	5.89	5.75
SEM	1.26	0.97
N	22	35

Anexo 6.7

Cuarta comparación conocimiento: GE-2 post conocimiento con GC-1 pre conocimiento

Paired *t* test results

P value and statistical significance:

The two-tailed P value equals 0.0012

By conventional criteria, this difference is considered to be very statistically significant.

Confidence interval:

The mean of GE-2 post conocimiento minus GC-1 pre conocimiento equals 4.05

95% confidence interval of this difference: From 1.80 to 6.29

Intermediate values used in calculations:

$t = 3.7525$

$df = 21$

standard error of difference = 1.078

Learn more:

GraphPad's web site includes portions of the manual for GraphPad Prism that can help you learn statistics. First, review the meaning of P values and confidence intervals. Next check whether you chose an appropriate test. Then learn how to interpret results from an unpaired or paired *t* test. These links include GraphPad's popular *analysis checklists*.

Review your data:

Group	GE-2 post conocimiento	GC-1 pre conocimiento
Mean	10.18	7.94
SD	4.36	3.66
SEM	0.93	0.63
N	22	34

Anexo 6.8

Cuarta comparación disposición: GE-2 post disposición con GC-1 pre disposición

Paired *t* test results

P value and statistical significance:

The two-tailed P value equals 0.4475

By conventional criteria, this difference is considered to be not statistically significant.

Confidence interval:

The mean of GE-2 post disposición minus GC-1 pre disposición equals 1.55

95% confidence interval of this difference: From -2.61 to 5.70

Intermediate values used in calculations:

$t = 0.7741$

$df = 21$

standard error of difference = 1.996

Learn more:

GraphPad's web site includes portions of the manual for GraphPad Prism that can help you learn statistics. First, review the meaning of P values and confidence intervals. Next check whether you chose an appropriate test. Then learn how to interpret results from an unpaired or paired *t* test. These links include GraphPad's popular *analysis checklists*.

Review your data:

Group	GE-2 post disposición	GC-1 pre disposición
Mean	14.50	11.91
SD	5.89	5.58
SEM	1.26	0.96
N	22	34

Anexo 7

Diseño de Grupo Control Pretest Postest

Anexo 7.1

Primera comparación conocimiento: GE pre conocimientos con GE post conocimientos

Paired *t* test results

P value and statistical significance:

The two-tailed P value equals 0.0464

By conventional criteria, this difference is considered to be statistically significant.

Confidence interval:

The mean of E-Pre conocimiento minus E-Post conocimiento equals -2.35

95% confidence interval of this difference: From -4.67 to -0.04

Intermediate values used in calculations:

$t = 2.0699$

$df = 33$

standard error of difference = 1.137

Learn more:

GraphPad's web site includes portions of the manual for GraphPad Prism that can help you learn statistics. First, review the meaning of [P values](#) and [confidence intervals](#). Next check whether you [chose an appropriate test](#). Then learn how to interpret results from an [unpaired](#) or [paired](#) *t* test. These links include GraphPad's popular *analysis checklists*.

Review your data:

Group	E-Pre conocimiento	E-Post conocimiento
Mean	7.60	9.85
SD	3.52	5.05
SEM	0.60	0.87
N	35	34

Anexo 7.2

Primera comparación disposición: GE pre disposición con GE post disposición

Paired *t* test results

P value and statistical significance:

The two-tailed P value equals 0.9265

By conventional criteria, this difference is considered to be not statistically significant.

Confidence interval:

The mean of E-Pre disposición minus E-Post disposición equals 0.15

95% confidence interval of this difference: From -3.07 to 3.37

Intermediate values used in calculations:

$t = 0.0930$

$df = 33$

standard error of difference = 1.582

Learn more:

GraphPad's web site includes portions of the manual for GraphPad Prism that can help you learn statistics. First, review the meaning of P values and confidence intervals. Next check whether you chose an appropriate test. Then learn how to interpret results from an unpaired or paired *t* test. These links include GraphPad's popular *analysis checklists*.

Review your data:

Group	E-Pre disposición	E-Post disposición
Mean	14.63	14.59
SD	5.75	6.07
SEM	0.97	1.04
N	35	34

Anexo 7.3

Segunda comparación conocimiento: GC pre conocimientos con GC post conocimientos

Paired *t* test results

P value and statistical significance:

The two-tailed P value equals 0.0573

By conventional criteria, this difference is considered to be not quite statistically significant.

Confidence interval:

The mean of C-Pre Conocimiento minus C-Post Conocimiento equals 1.00

95% confidence interval of this difference: From -0.03 to 2.03

Intermediate values used in calculations:

$t = 1.9768$

$df = 30$

standard error of difference = 0.506

Learn more:

GraphPad's web site includes portions of the manual for GraphPad Prism that can help you learn statistics. First, review the meaning of [P values](#) and [confidence intervals](#). Next check whether you [chose an appropriate test](#). Then learn how to interpret results from an [unpaired](#) or [paired](#) *t* test. These links include GraphPad's popular *analysis checklists*.

Review your data:

Group	C-Pre Conocimiento	C-Post Conocimiento
Mean	7.94	6.45
SD	3.66	2.66
SEM	0.63	0.48
N	34	31

Anexo 7.4

Segunda comparación disposición: GC pre disposición con GC post disposición

Paired *t* test results

P value and statistical significance:

The two-tailed P value equals 0.0463

By conventional criteria, this difference is considered to be statistically significant.

Confidence interval:

The mean of C-Pre disposición minus C-Post disposición equals -3.13

95% confidence interval of this difference: From -6.20 to -0.05

Intermediate values used in calculations:

$t = 2.0786$

$df = 30$

standard error of difference = 1.505

Learn more:

GraphPad's web site includes portions of the manual for GraphPad Prism that can help you learn statistics. First, review the meaning of [P values](#) and [confidence intervals](#). Next check whether you [chose an appropriate test](#). Then learn how to interpret results from an [unpaired](#) or [paired](#) *t* test. These links include GraphPad's popular *analysis checklists*.

Review your data:

Group	C-Pre disposición	C-Post disposición
Mean	11.62	15.00
SD	5.68	6.11
SEM	0.97	1.10
N	34	31

Anexo 7.5

Tercera comparación conocimiento: GE pre conocimientos con GC pre conocimientos

Paired *t* test results

P value and statistical significance:

The two-tailed P value equals 0.4709

By conventional criteria, this difference is considered to be not statistically significant.

Confidence interval:

The mean of E-Pre conocimiento minus C-Pre conocimiento equals -0.44

95% confidence interval of this difference: From -1.67 to 0.79

Intermediate values used in calculations:

$t = 0.7295$

$df = 33$

standard error of difference = 0.605

Learn more:

GraphPad's web site includes portions of the manual for GraphPad Prism that can help you learn statistics. First, review the meaning of P values and confidence intervals. Next check whether you chose an appropriate test. Then learn how to interpret results from an unpaired or paired *t* test. These links include GraphPad's popular *analysis checklists*.

Review your data:

Group	E-Pre conocimiento	C-Pre conocimiento
Mean	7.60	7.94
SD	3.52	3.66
SEM	0.60	0.63
N	35	34

Anexo 7.6

Tercera comparación disposición: GE pre disposición con GC pre disposición

Paired *t* test results

P value and statistical significance:

The two-tailed P value equals 0.0122

By conventional criteria, this difference is considered to be statistically significant.

Confidence interval:

The mean of E-Pre disposición minus C-Pre disposición equals 3.12

95% confidence interval of this difference: From 0.73 to 5.51

Intermediate values used in calculations:

$t = 2.6512$

$df = 33$

standard error of difference = 1.176

Learn more:

GraphPad's web site includes portions of the manual for GraphPad Prism that can help you learn statistics. First, review the meaning of [P values](#) and [confidence intervals](#). Next check whether you [chose an appropriate test](#). Then learn how to interpret results from an [unpaired](#) or [paired](#) *t* test. These links include GraphPad's popular *analysis checklists*.

Review your data:

Group	E-Pre disposición	C-Pre disposición
Mean	14.63	11.62
SD	5.75	5.68
SEM	0.97	0.97
N	35	34

Anexo 8

Diseño de Grupo Control con Posttest

Anexo 8.1

Comparación conocimiento: GE post conocimientos con GC post conocimientos

Paired *t* test results

P value and statistical significance:

The two-tailed P value equals 0.0003

By conventional criteria, this difference is considered to be extremely statistically significant.

Confidence interval:

The mean of E- Post conocimiento minus C- Post conocimiento equals 4.32

95% confidence interval of this difference: From 2.22 to 6.42

Intermediate values used in calculations:

$t = 4.2778$

$df = 21$

standard error of difference = 1.009

Learn more:

GraphPad's web site includes portions of the manual for GraphPad Prism that can help you learn statistics. First, review the meaning of P values and confidence intervals. Next check whether you chose an appropriate test. Then learn how to interpret results from an unpaired or paired *t* test. These links include GraphPad's popular *analysis checklists*.

Review your data:

Group	E- Post conocimiento	C- Post conocimiento
Mean	10.18	7.60
SD	4.36	3.52
SEM	0.93	0.60
N	22	35

Anexo 8.2

Comparación disposición: GE post disposición con GC post disposición

Paired *t* test results

P value and statistical significance:

The two-tailed P value equals 0.5541

By conventional criteria, this difference is considered to be not statistically significant.

Confidence interval:

The mean of E-Post disposición minus C-Post disposición equals -1.27

95% confidence interval of this difference: From -5.68 to 3.13

Intermediate values used in calculations:

$t = 0.6012$

$df = 21$

standard error of difference = 2.117

Learn more:

GraphPad's web site includes portions of the manual for GraphPad Prism that can help you learn statistics. First, review the meaning of P values and confidence intervals. Next check whether you chose an appropriate test. Then learn how to interpret results from an unpaired or paired *t* test. These links include GraphPad's popular *analysis checklists*.

Review your data:

Group	E-Post disposición	C-Post disposición
Mean	14.50	14.63
SD	5.89	5.75
SEM	1.26	0.97
N	22	35

Anexo 9

Anfetaminas

Estimulante del SNC

Produce un efecto despertador de la actividad general del organismo.

Después de la fuerte exaltación y euforia, sigue un excesivo agotamiento, pueden pasar horas durmiendo.

Producen rápidamente tolerancia en un corto plazo

Producen Síndrome de Abstinencia

Las anfetaminas no alargan el tiempo de vida del consumidor, ni mejoran su calidad de vida, al contrario, van deteriorando la salud.

El consumo habitual produce déficit en la memoria y dificultad de concentración.

Las anfetaminas producen el efecto de pérdida de hambre, por lo tanto; **la ingestión continuada de la sustancia produce desnutrición.**

Desarrollan dependencia psicológica

Alta probabilidad de reacción agresiva o violenta ante situaciones que así lo demanden.

Probabilidad de sufrir accidentes.

Presentó: Alejandra Cruz Tirado
Pasante de la Licenciatura en Psicología Educativa
Universidad Pedagógica Nacional
Unidad 094 Centro-DF

Características
del consumo
de drogas:
inhalables,
mariguana, cocaína
y anfetaminas.



Inhalables

Depresor del SNC

Alenta y entorpece la actividad..

Producen **tolerancia**: Necesidad de consumir cada vez mayor cantidad de la sustancia para conseguir el efecto deseado.

Producen **daño neurológico irreversible**. Una consecuencia de ello es el deterioro intelectual, el cual aumenta la probabilidad de obtener peores resultados académicos y abandonar la escuela.

El consumo por largos periodos produce lesiones en órganos como el corazón, pulmones, oídos, ojos, etc.

Existe la probabilidad de muerte repentina en el primer contacto con la droga.

Cuando alguien frecuentemente está con personas mientras inhalan thinner o pvc se puede hacer adicto.

Desarrollan **dependencia psicológica**: La persona necesita la droga para afrontar su vida, cree que con ella es más efectivo su desempeño o que puede evitar consecuencias de dolor y molestia.

El consumo habitual produce desinterés por responsabilidades escolares, empiezan a alejarse de sus familiares y amigos.

Probabilidad de sufrir accidentes.

Mariguana

Alucinógeno ligero o moderado

Produce alteraciones en la percepción generalizada, la atención se focaliza a algo muy específico. No puede ver todo, sólo ve un detalle. Se alenta la percepción del tiempo.

Los efectos terminan con un estado actividad disminuida, somnolencia y mayor apetito.

El consumo por largos periodos produce que los ojos permanezcan rojos de manera crónica y si se llega al abuso es posible que la luz empiece a lastimar la vista.

El consumo habitual produce **confusión y dificultad en la memorización de tareas sencillas**.

Disminuye la capacidad de atención a situaciones generales.

El rendimiento escolar de esos alumnos va **disminuyendo**, no es mejor que el de los demás compañeros.

Produce Síndrome Amotivacional: Falta de interés por todo.

Desarrollan dependencia psicológica.

Probabilidad de sufrir accidentes, sobre todo automovilísticos.

Hay excepciones en que la mariguana tiene beneficios médicos, se utiliza bajo prescripción médica en casos como: cáncer, sida, esclerosis múltiple, artritis, etc.

Cocaína

Estimulante del SNC

Produce un efecto despertador de la actividad general del organismo.

Cuando pasa la fase de excitación, se siente un profundo cansancio como resultado de la gran actividad realizada

Produce tolerancia en un corto plazo

Produce Síndrome de Abstinencia: consiste en un gran malestar debido a la retirada de sus efectos; es peligroso cuando se aprende que la forma de suspenderlo es volviendo a consumir la droga.

El consumo de cocaína aunque sea de manera ocasional puede causar **hemorragias cerebrales**.

Con el uso frecuente se puede producir perforación del tabique nasal.

Los daños orgánicos aumentan cuando la cocaína es adulterada, cuando la rebajan con: vidrio molido, cloro en polvo, raticida, etc.

El consumo habitual **produce dificultades**, confusión y deterioro en la memoria, en la capacidad de atención y en la **capacidad para concentrarse**.

Desarrollan dependencia psicológica

Probabilidad de sufrir accidentes.

Posibles actos delictivos para conseguir la droga.

Anexo 10

México, D. F., a 19 de mayo del 2010.

**PROFA. MERCEDES ORTEGA GONZÁLEZ
DIRECTORA DE LA ESCUELA SECUNDARIA DIURNA N°. 231
"SIGMUND FREUD"
P R E S E N T E.**

Por este conducto, nos permitimos solicitar a Usted, de la manera mas atenta, en caso de no existir algún inconveniente, su autorización para que la pasante de la Licenciatura en Psicología Educativa **C. Alejandra Cruz Tirado**, con matrícula 06247381, realice en el plantel a su digno cargo, una intervención psicológica que tiene como propósito desalentar a los estudiantes de secundaria, población de alto riesgo, al consumo de sustancias ilícitas.

Esta intervención actúa en el nivel básico de la prevención considerando que una acción muy simple, como es el ofrecer el conocimiento adecuado de las drogas y de sus riesgos en diferentes áreas, consigue un notable efecto en la reducción de la disponibilidad que de otra manera tendrían los estudiantes a su consumo, como prueban los estudios pilotos que hasta el momento la C. Alejandra Cruz Tirado ha realizado.

En caso de obtener su autorización, nuestra estudiante queda a disposición de esa institución educativa a su cargo, a partir de la fecha que tenga a bien indicarle.

Para mayor información sobre la intervención, se anexan algunos datos relativos.

Agradeciendo de antemano la atención brindada, aprovechamos la ocasión para enviarle un cordial saludo..

**ATENTAMENTE
"EDUCAR PARA TRANSFORMAR"**



**MTRO. ROBERTO VERA LLAMAS
DIRECTOR**



**S. E. P.
UNA UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL
UNIDAD 064
D. F. CENTRO**

RLL/MAC/kgc

Anexo 11

**ESCUELA SECUNDARIA NO.231
"SIGMUND FREUD"
TURNO MATUTINO**

México, D.F., a. 2 de junio del 2010.

**MTRO. ROBERTO VERA LLAMAS
DIRECTOR DE LA UNIDAD UPN 094
D.F. CENTRO
PRESENTE.**

Por este conducto me permito comunicarle a Usted:

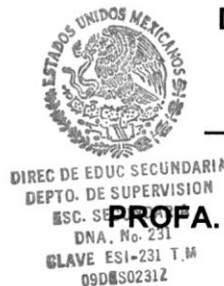
La C. CRUZ TIRADO ALEJANDRA.

Pasante de: **LIC. EN PSICOLOGIA EDUCATIVA.**

No. De matrícula: **06247381.**

Ha sido aceptada para realizar la intervención psicológica que tiene como propósito desalentar a los estudiantes de esta secundaria al consumo de drogas, durante el periodo comprendido del 10 de junio al 17 de junio del 2010. Al concluir la intervención la pasante deberá entregar un informe con los resultados obtenidos.

**ATENTAMENTE
DIRECTORA DEL PLANTEL**



PROFA. MERCEDES ORTEGA GONZÁLEZ

Anexo 12

**ESCUELA SECUNDARIA NO.231
"SIGMUND FREUD"
TURNO MATUTINO**

México, D.F., a. 30 de junio del 2010.

**MTRO. ROBERTO VERA LLAMAS
DIRECTOR DE LA UNIDAD UPN 094
D.F. CENTRO
PRESENTE.**

Por este conducto me permito comunicarle a Usted:

La **C. CRUZ TIRADO ALEJANDRA.**

Pasante de: **LIC. EN PSICOLOGIA EDUCATIVA.**

No. De matrícula: **06247381.**

Concluyó la intervención psicológica para desalentar a los estudiantes de esta secundaria al consumo de drogas en el periodo establecido y entregó el informe sobre los resultados obtenidos.

ATENTAMENTE

DIRECTORA DEL PLANTEL



A handwritten signature in black ink, appearing to read "M. Ortega G.", written over a horizontal line.

**DIREC DE EDUC SECUNDARIA
DEPTO. DE SUPERVISION**

**ESC. SEC. NO. 231
DNA, No. 231**

**CLAVE ES1-231 T.M.
09DHS0231Z**

PROFA. MERCEDES ORTEGA GONZÁLEZ